



MSO | HOLDINGS

# ADIENTRAMIENTOS REGULATORIOS

# 2024

# ¿Qué son los Adiestramientos Regulatorios?

Los Adiestramientos Regulatorios son un requisito establecido por los Centros de Servicios para Medicare & Medicaid (CMS) y la Administración de Servicios de Salud de Puerto Rico (ASES), los cuales auditan el cumplimiento de los mismos. Todos los proveedores contratados bajo MSO of Puerto Rico deben completar estos adiestramientos anualmente.

Estos adiestramientos regulatorios se dividen en 5 partes:

- ✓ Modelo de Cuidado Coordinado 2024
- ✓ Regulaciones Aplicables a la Industria de la Salud
- ✓ Medicare Plan de Cumplimiento, Fraude, Pérdida y Abuso
- ✓ Adiestramiento Plan Vital
- ✓ Programa de Cumplimiento e Integridad Plan Vital

# ¿Porqué debo tomar estos adiestramientos?

Los adiestramientos regulatorios integran aspectos fundamentales que van desde la implementación del Modelo de Cuidado Coordinado hasta el fomento de competencias culturales, así como el respeto de los derechos y responsabilidades del paciente, entre otras leyes que gobiernan el sector de la salud en Puerto Rico.

Estos adiestramientos abarcan también temas claves como lo son el establecimiento de programas de cumplimiento e integridad que son cruciales para mantener altos estándares éticos y legales en la atención médica.



# Modelo de Cuidado Coordinado 2024

# Objetivos



# Modelo de Cuidado: Adiestramiento

Desarrollado para cumplir con las directrices de los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid\*

Toda aseguradora Medicare Advantage debe brindar y documentar un adiestramiento sobre el Modelo de Cuidado Coordinado\*\* a todos sus empleados, personal contratado y proveedores.

- Es un requisito anual
- Metodología o tipos de intervención:
  - ❑ Presencial
  - ❑ Interactivo (Internet, audio/vídeo)
  - ❑ Auto-estudio (material impreso o medios electrónicos)

\* CMS, por sus siglas en inglés. \*\*Model of Care en inglés (MOC)

# Transfondo

Incorporado en el año 2000.

Año 2001: aprobado por CMS para comenzar a brindar servicios como el Primer Plan Medicare Advantage en Puerto Rico.

**Enfoque:**

- Cuidado coordinado eficiente
- Prevención
- Calidad de vida

# Transfondo

## 4.5 Estrellas

Celebramos que uno de nuestros contratos ha recibido calificación de 4.5 estrellas bajo el programa de calificaciones por Estrellas Medicare\* **por siete años consecutivos.**

Contrato H4004.

Cada año Medicare evalúa los planes a base de un sistema de calificación de 5 estrellas.

# ¿Qué es el Modelo de Cuidado Coordinado?

- Estructura para llevar a cabo cuidado coordinado de manera eficiente
- Enfoque en beneficiarios con necesidades especiales
- Herramienta vital
- Mejorar la calidad
- Garantizar que se atiendan las necesidades bajo SNP\*

\*SNP – Planes de Necesidades Especiales (Special Needs Plan)



# Planes de necesidades Especiales

## C-SNP (Chronic Condition Special Needs Plan)

### MMM Supremo (HMO-C SNP)

Afiliados con condiciones crónicas o discapacitantes:

- Diabetes
- Insuficiencia cardíaca crónica (ICC)
- Enfermedades cardiovasculares:
  - Arritmia cardíaca
  - Enfermedad vascular periférica
  - Enfermedad de las arterias coronarias
  - Trastorno tromboembolia venosa crónica

# Planes de necesidades Especiales

## D-SNP

### (Dual Eligible Special Needs Plan)

**MMM Diamante Platino  
(HMO-SNP)**

**MMM Relax Platino  
(HMO-SNP)**

**MMM Valor Platino  
(HMO-SNP)**

**MMM Dorado Platino  
(HMO-SNP)**

**MMM Plus Platino  
(HMO-SNP)**

**PMC Premier Platino  
(HMO-SNP)**

Afiliados elegibles a Medicare y Medicaid.

# Elementos del MOC

**Descripción de la población de necesidades especiales (SNP)**

**Cuidado coordinado**

- Evaluación obligatoria de riesgos de salud y reevaluación (HRA, por sus siglas en inglés)
- Visitas médicas (Presenciales o Face-to-Face en inglés)
- Plan individual de cuidado (ICP, por sus siglas en inglés)
- Equipo interdisciplinario (ICT, por sus siglas en inglés)

**Red de proveedores**

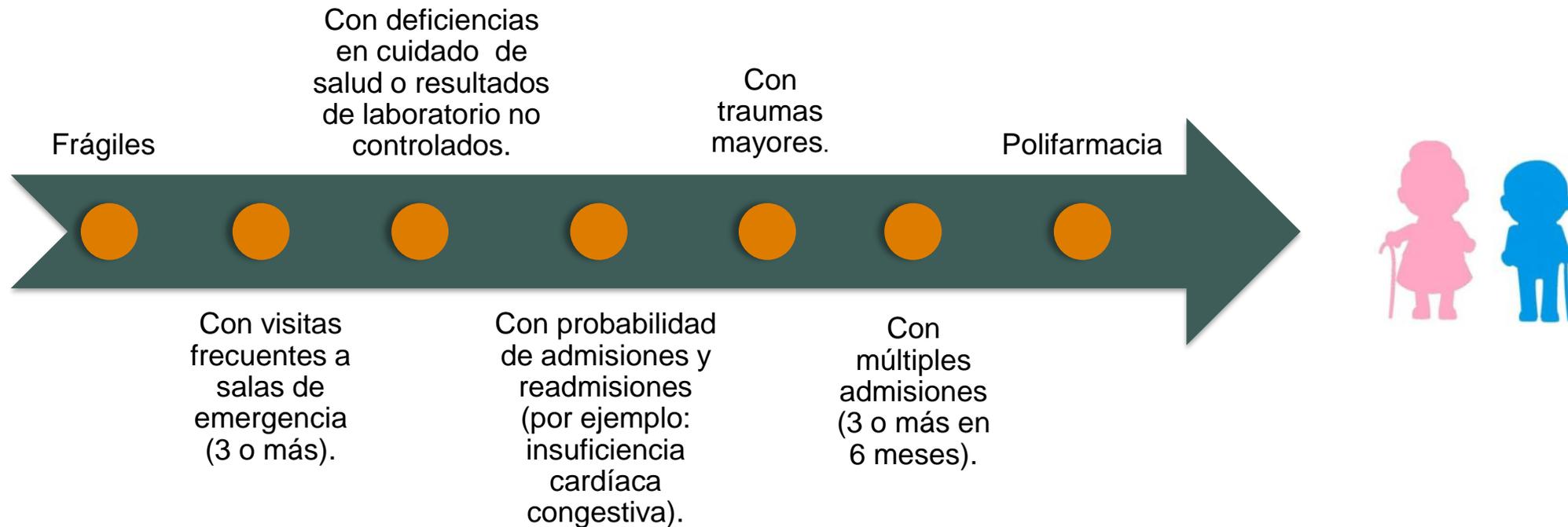
**Métricas de calidad y mejoras en el rendimiento**

**MOC I:**

**Descripción de la población con  
necesidades especiales (SNP)**

# Los más vulnerables

Identifique aquellos afiliados con mayor fragilidad.



# Los más vulnerables

## Afiliados con condiciones crónicas descontroladas:

- COPD (Chronic obstructive pulmonary disease/ Enfermedad pulmonar obstructiva crónica)
- Asma
- CHF (congestive heart failure/insuficiencia cardíaca congestiva)
- Enfermedad cardiovascular / Arteriosclerosis
- HTN (Hypertension/Hipertensión)
- Diabetes



## Afiliados con discapacidad

## Afiliados que requieren procedimientos complejos y/o transición de cuidado:

- Trasplante de órganos
- Cirugía bariátrica



# **MOC 2: Coordinación de servicios**

# Cuidado Coordinado

Asegura la atención de las necesidades de salud de beneficiarios de un SNP. La información se comparte entre el personal interdisciplinario.

Coordina entrega de servicios y prestaciones especializadas que satisfacen necesidades de la población más vulnerable.

Realiza evaluaciones de riesgos de salud, Plan de Cuidado Individualizado y cuenta con un equipo interdisciplinario establecido.



# Enfoque del programa



# Evaluación de Riesgos de Salud (HRA)

Se realiza para identificar necesidades médicas, mentales, psicosociales, cognitivas y funcionales, de personas con necesidades especiales.

HRA inicial - 90 días desde la afiliación para completarlo. HRA anual a partir de 365 días luego del inicial o de su último HRA.

# Evaluación de Riesgos de Salud (HRA)

Se realiza por teléfono o en papel.

Resultados → Plan de Cuidado Individualizado:

\* Problemas, metas e intervenciones con equipo interdisciplinario.

HRA refiere a → Programas de Manejo de Cuidado

\* Manejo de casos, entre otros.

Plan de cuidado compartido con:

Afiliado + PCP y Equipo interdisciplinario

# Visitas médicas (Presenciales o Face-to-Face)

## Elementos esenciales:

- Gestión eficaz del cuidado preventivo
- Establece planes de tratamiento para controlar las enfermedades crónicas y mejorar la salud general.
- Apoya a los afiliados en la participación activa de su cuidado médico.
- Identifica afiliados que puedan cualificar y beneficiarse de programas de manejo de casos establecidos por el plan médico.
- Promueve un cuidado coordinado efectivo.

# Plan de cuidado individualizado (ICP)

- El equipo interdisciplinario desarrolla un ICP para cada afiliado de cubierta SNP, identificando las necesidades del afiliado a partir del resultado obtenido en el HRA.
- El ICP garantiza que las necesidades sean cubiertas, el curso de evaluación y coordinación de servicios, y los beneficios del afiliado.

# Plan de cuidado individualizado (ICP)

- ICP se le comunica al afiliado o cuidador, y se comparte con el proveedor a través de nuestro portal InnovaMD.
- Revisar anualmente o cuando cambia el estado de salud.

# Equipo Interdisciplinario (ICT)



Grupo enfocado en el afiliado, discute sobre el estado de salud e intervenciones para el paciente

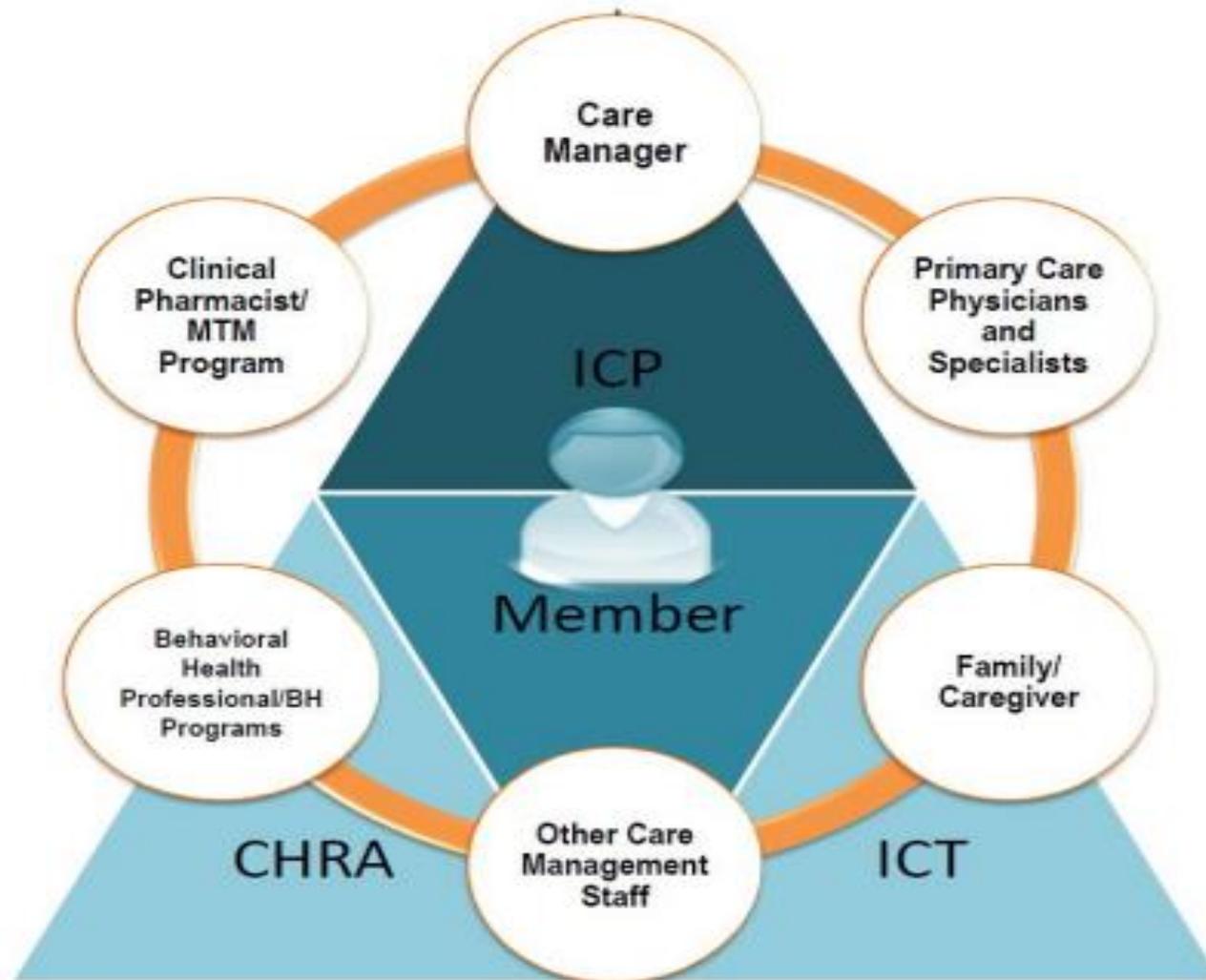
## Responsabilidades de los proveedores en el ICT:

1. Participar en discusión de ICP.
2. Colaborar en establecimiento de metas.
3. Involucrar a los afiliados en la gestión de automanejo y dar seguimiento.
4. Integrar a otros médicos y proveedores.
5. Participar en reuniones de los ICT.
6. Comunicar cambios a los componentes de los ICT a través de reuniones o llamadas telefónicas.
7. Referir a los programas de manejo disponibles a través de la aseguradora.

# Transición de cuidado

- Se establecen procesos y protocolos de transición para mantener continuidad de cuidado.
- Las diferentes unidades trabajan en colaboración con los médicos primarios y proveedores para garantizar y apoyar el cuidado coordinado que el afiliado merece.
- Personal disponible en la Unidad de Planificación de Alta, facilita la comunicación entre centros asistenciales, el médico primario y el afiliado o su cuidador.
- El ICP del afiliado se comparte con el afiliado y su médico primario, cuando se produzca una transición de cuidado.

# Protocolos para la transición de cuidado



# Rol del Proveedor en el Modelo de Cuidado

- Asegura el acceso continuo a servicios, y verifica qué necesidades e información se comparten entre el personal.
- Promueve la visita post-alta en un período dentro de siete días luego de una hospitalización.
- Coordina servicios especializados a la población más vulnerable.
- Promueve evaluación de riesgos de salud para el Plan de Cuidado Individualizado.
- Participa activamente como parte del equipo interdisciplinario.
- Realiza una evaluación anual de salud.

**MOC 3:**

**Red de proveedores especializados  
en el plan de cuidado**

# Enfoque

Mantener una red de proveedores especializados para atender las necesidades de nuestros afiliados, siendo el enlace primario en su cuidado.

## La red de proveedores monitorea:

- ✓ Uso de guías de práctica clínica y protocolos.
- ✓ Que se asegure la colaboración y comunicación activa con administradores de ICT y de casos.
- ✓ Asistencia en la elaboración y actualización de los planes de cuidado.
- ✓ Que se garantice que todos los proveedores de la red son evaluados y cualificados a través de un proceso de credencialización.



**MOC 4:**  
**Medición de calidad y mejoramiento  
del desempeño**

# MOC 4: Medición de calidad y mejoramiento del desempeño

Los planes establecen un Programa de Mejoramiento de Calidad para vigilar resultados de salud y rendimiento del modelo de atención a través de:

- Recolección de datos y seguimiento de medidas del Programa Cinco Estrellas SNP específico (HEDIS, Healthcare Effectiveness Data and Information Set).
- Realización de Proyecto de Mejoramiento de la Calidad anual, el cual se centra en mejorar el aspecto clínico o servicio relevante para la población SNP.
- Medición de satisfacción del afiliado SNP.

# Evaluación y mejoramiento de calidad

Los planes establecen un Programa de Mejoramiento de Calidad para vigilar resultados de salud y rendimiento del modelo de atención a través de:

- Programa de Mejoramiento de Atención Crónica (CCIP, por sus siglas en inglés) para enfermedad crónica, que identifica afiliados elegibles, e intervención para mejorar manejo de la enfermedad y evaluar la efectividad del programa.
- La recopilación de datos para evaluar si se cumplen los objetivos del programa SNP.
- Compartir anualmente los resultados del rendimiento con afiliados, empleados, proveedores y público en general.

# Referencias

1. *Model of Care Scoring Guidelines for Contract Year 2024*. Obtenido de: <https://snpmoc.ncqa.org/static/media/MOCScrngGdlnsCY2024.98e746cc5222b535a5f4.pdf>
2. *Medicare Managed Care Manual*. Chapter 5 - Quality Assessment, section 20.2 Additional Quality Improvement Program Requirements for Special Needs Plans (SNPs). Obtenido de: <https://www.cms.gov/Regulations-and-Guidance/Guidance/Manuals/Internet-Only-Manuals-IOMs-Items/CMS019326>

# Nuestro compromiso con la calidad

Estamos orgullosos de ver que las cubiertas de necesidades especiales de MMM seguirán mejorando la calidad de vida de miles alrededor de la isla.



**Para más información:**

787-993-2317 (Área Metro)

1-866-676-6060 (libre de cargos)

Lunes a viernes de 7:00 a.m. a 7:00 p.m.



# **Adiestramiento Corporativo sobre Regulaciones Aplicables a la Industria de la Salud**

La información contenida es privilegiada y confidencial y es para uso exclusivo del destinatario. Si usted recibe la misma por error, no está autorizado a utilizar, distribuir o fotocopiar la misma. Favor de notificar inmediatamente al remitente al 1-866-676-6060 para coordinar la devolución de los documentos.

# En el Adiestramiento Corporativo sobre Regulaciones Aplicables a la Industria de la Salud se cubrirán los siguientes temas:

1. Plan de Competencia Cultural
2. Declaración Previa de Voluntad Sobre Tratamiento Médico (Ley 160 del 17 de noviembre de 2001), mejor conocido como “Directrices Avanzadas”
3. Carta de Derechos de los Pacientes (Ley 194 del 25 de agosto de 2000, según enmendada)
4. Ley 57 para la Prevención del Maltrato, Preservación de la Unidad Familiar y para la Seguridad, Bienestar y Protección de los Menores.
5. Ley sobre la violencia de género, 54
6. Protocolo de Prevención y Detección de Posibles Casos de Explotación Financiera a Personas de Edad Avanzada o Adultos con Impedimentos.

# Plan de Competencia Cultural

# ¿Qué es Competencia Cultural?

Es el conjunto de destrezas interpersonales que permiten a individuos incrementar su entendimiento, aceptación y respeto por las diferencias culturales y similitudes entre grupos, y la sensibilidad para saber que esas diferencias influyen en las relaciones con los beneficiarios. Es la capacidad de comprender, interactuar y colaborar bien con diferentes personas.

# Plan de Competencia Cultural

Los Empleados y Asociados del plan deben proveer servicio a todos los Beneficiarios de cualquier cultura, raza, raíces étnicas, identidad de género, expresión de género u orientación sexual real o percibida (lesbiana, gay, bisexual, transgénero, queer, queer/ questioning, intersexual, asexual, “two-sprit”) conocido como LGBTTQIA2S+ y religión; en orden de reconocer los valores, respetar, proteger y preservar la dignidad de cada individuo.

El propósito es asegurar que se consideren las diversas necesidades de los beneficiarios.

# Objetivos del Plan de Competencia Cultural

- Identificar beneficiarios que tienen limitaciones culturales o barreras de lenguaje o idioma.
- Asegurar que se cuentan con los recursos necesarios para cumplir con los requisitos de comunicación contemplando posibles barreras de lenguaje.
- Asegurar que los proveedores de salud entiendan y reconozcan las necesidades de acuerdo a las diferencias culturales.
- Asegurar que todos los empleados y asociados están adiestrados para valorar las diferencias culturales, religiosas y de lenguaje.

# Metas del Plan de Competencia Cultural

- Aumentar la comunicación con los Beneficiarios que tengan competencias culturales o barreras lingüísticas.
- Utilizar materiales educativos apropiados y culturalmente sensibles para cada tipo de limitaciones culturales, incluidas la raza, religión, identidad de género, expresión de género u orientación sexual real o percibida (LGBTQTQIA2S+) origen étnico o el idioma.
- Disminuir las discrepancias en la atención médica recibida.
- Aumentar el entendimiento de nuestros Empleados, Contratistas, Proveedores de salud, sobre las diferencias culturales y religiosas.

# Componentes del Plan de Competencia Cultural

## **Análisis de Datos:**

- Realizar periódicamente evaluaciones de nuestra población en las regiones contratadas.
- Realizar periódicamente análisis de reclamaciones y encuentros para identificar las necesidades de salud.
- Como parte del proceso de matrícula, identificar necesidades específicas en cuanto a raza, religión, origen étnico y lenguaje.

# Componentes del Plan de Competencia Cultural

## Servicios Lingüísticos o de Intérprete:

- Los Proveedores ayudan a identificar Beneficiarios con posibles barreras lingüísticas.
- En coordinación con el Departamento de Servicios al Beneficiario, estos reciben servicios de intérpretes libre de costo para acceder a los servicios cubiertos.
- Los servicios de intérprete incluyen interpretación para beneficiarios con limitaciones en el idioma español o impedimentos auditivos.
- Los contratistas que brinden servicio a nuestros beneficiarios deben cumplir con el Plan de Competencia Cultural aprobado.
- Los materiales escritos están disponibles tanto en español como en inglés.
- Tendrán un lenguaje que pueda ser entendible por un menor de cuarto grado de educación escolar.

# Componentes del Plan de Competencia Cultural

## Creencias Religiosas:

- Asegurar que todos los Empleados traten con respeto los Beneficiarios conforme a sus creencias religiosas.
- Los proveedores deben cumplir con respetar las creencias religiosas de los Beneficiarios al momento de brindar servicios de tratamiento médico.

# Componentes del Plan de Competencia Cultural

## Anti Discrimen Población LGBTTTQ+:

- Existe una guía básica a proveedores para manejo sensible y adecuado al brindar servicios de salud a Beneficiarios LGBTTTQIA2S+ que es distribuida a los proveedores.
- Respetar las leyes relacionadas aplicables en Puerto Rico tal y como lo es la Ley 22-2013- primera legislación contra el discrimen por orientación sexual.
- El Proveedor es responsable de adiestrar a su personal sobre sensibilidad a la población LGBTTTQIA2S+.
- La aprobación y despachos de medicamentos, así como de los servicios médicos, no deben tener restricción por razón de sexo.

# Componentes del Plan de Competencia Cultural

## **Educación a los Proveedores:**

- El Proveedor debe educarse acorde al Plan de Competencia Cultural.

## **Medios Electrónicos:**

- Los Beneficiarios tienen acceso a línea TTY/TDD para servicios audio-impedidos
- Servicios al beneficiario brindará los servicios de seguimiento necesarios adicionales a la llamada.

# Componentes del Plan de Competencia Cultural

## Encuesta sobre el Plan de Competencia Cultural:

- Para crear conciencia y aumentar la creencia, valores y actitudes que promuevan el entendimiento de las diferencias culturales, de religión, preferencias sexuales y lenguaje e identificar áreas de necesidad de adiestramiento los empleados que proveen servicio directo a los beneficiarios deben participar de una autoevaluación.
- Esta autoevaluación es acorde o similar a la autoevaluación del “National Center for Cultural Competence” (por su nombre en inglés).



# Beneficiarios de las Islas Municipio

# Beneficiarios de Vieques y Culebra

Existe una política de turnos preferenciales para exigir a los proveedores dar prioridad a los Beneficiarios residentes de Vieques y Culebra, de modo que sean atendidos en un tiempo razonable después de llegar a la oficina.

Este tratamiento preferencial es necesario debido a la ubicación de estas islas municipios, considerando el mayor tiempo de viaje necesario de sus residentes para obtener atención médica.

**Declaración Previa de Voluntad Sobre  
Tratamiento Médico  
(Ley 160 del 17 de noviembre de 2001)**

# Definición

**Directriz Anticipada:** Una instrucción escrita, como un testamento en vida o un poder legal, otorgando responsabilidad sobre la atención médica de un individuo mayor de 21 años de edad, según se define en 42 CFR 489.100, y según lo reconoce la Ley de Puerto Rico Número 160 del 17 de noviembre de 2001, según enmendada, a la provisión de atención médica cuando el individuo está incapacitado.

# Ley de Declaración Previa de Voluntad

- Reconoce el derecho de toda persona mayor de edad, en pleno uso de sus facultades mentales, declarar previamente su voluntad sobre lo referente a tratamiento médico en caso de sufrir una condición de salud terminal y/o de estado vegetativo persistente.
- El declarante podrá nombrar un mandatario o representante para que en caso de una eventualidad que le impida tomar decisiones y de no haber dispuesto sobre alguna situación médica en la declaración de voluntad, este tome las decisiones, según los valores e ideas del declarante.

# Ley de Declaración Previa de Voluntad

- Recae bajo la responsabilidad del declarante el notificar a su Médico y/o a la Institución de Salud sobre la existencia de una directriz anticipada y proveerle a estos una copia de dicho documento.
- La directriz anticipada puede ser firmada en presencia de un Notario Público y dos testigos que sean mayores de 21 años de edad.
- También el Beneficiario puede firmar la directriz anticipada en la presencia de un Médico y dos (2) testigos que sean mayores de 21 años de edad.
- El beneficiario puede modificar el documento de directivas anticipadas, en parte o totalmente; en cualquier momento.
- La revocación del documento solo puede solicitarse por escrito.

# Ley de Declaración Previa de Voluntad

- En caso de las mujeres embarazadas, quedará sin efecto cualquier declaración previa, hasta que termine el estado de embarazo.
- El declarante no podrá prohibir que se le administre tratamientos para alivio de dolor, hidratación y alimentación.
  - Excepto, cuando la muerte ya sea inminente o su cuerpo no pueda absorber alimentos y/o hidratantes. **Solo el médico tendrá la autoridad para tomar una decisión.**
  - Esta ley no autoriza la práctica de la eutanasia ni de la misericordia.

# Derechos y Responsabilidades de los Pacientes

# Ley 194 del 25 de agosto de 2000, según enmendada

- Fue creada para establecer la “Carta de Derechos y Responsabilidades del Paciente”.
- Dispone los derechos y responsabilidades de los pacientes y usuarios de servicios de salud médico hospitalarios en Puerto Rico, así como de los Proveedores de tales servicios y sus aseguradores.
- Su propósito es definir términos, fijar procedimientos de solución de querellas, imponer penalidades y otros fines relacionados.
- Los padres, hijos mayores de edad, custodio, encargado, cónyuge, parientes, representante legal, apoderado o cualquier otra persona designada por los tribunales o por el paciente, podrá ejercer estos derechos si el paciente carece de la capacidad de tomar decisiones, es declarado incapaz por ley o es menor de edad.

# Derechos de los Pacientes

- Obtener información del Plan sobre el cuidado coordinado, facilidades, profesionales de la salud, servicios y los accesos de servicios.
- Recibir servicios de salud de la más alta calidad.
- Ser tratado con respeto, igualdad y consideración ante la dignidad y privacidad.
- Obtener información sobre opciones y alternativas de tratamiento.
- No ser discriminado por ninguna razón.
- Participar en decisiones sobre su cuidado de salud, incluyendo el derecho a rehusar tratamiento.
- Recibir servicios de emergencia las 24 horas al día, siete días a la semana.

# Derechos de los Pacientes

- Continuidad de servicios de salud.
- Solicitar y recibir copia de sus expedientes médicos.
- Confidencialidad de su información y expedientes de salud.
- Radicar una queja, querrela o apelación libremente y sin afectar adversamente la manera en que es tratado(a).
- Poder ejercer todos sus derechos sin represalias.
- Recibir información sobre la **Declaración Previa de Voluntad sobre Tratamiento Médico.**

# Responsabilidades del Paciente

- Debe mantenerse informado sobre su cubierta del Plan, sus límites y exclusiones.
- Informar a su Médico sobre:
  - Cambios en su salud
  - Información que no haya entendido
  - Razones por las cuales no pueda cumplir con el tratamiento recomendado
- Proveer a su Médico toda la información sobre su salud.
- Seguir los tratamientos recomendados por sus Médicos.
- Llevar un estilo de vida saludable.

# Responsabilidades del Paciente

- Comunicar su **Declaración Previa de Voluntad sobre Tratamiento Médico**.
- Mantener un comportamiento adecuado que no perjudique, dificulte o evite que otros pacientes reciban la atención médica necesaria.
- Proveer la información requerida por su plan.
- Notificar sobre cualquier actividad posiblemente fraudulenta o acción inapropiada relacionada a servicios, proveedores o facilidades de salud.

# Penalidades y Rol de la Oficina del Procurador del Paciente (OPP)

- Todo asegurador, plan de cuidado de salud, profesional de la salud o Proveedor de servicios de salud médico-hospitalarios o persona o entidad que incumpla con cualquiera de las responsabilidades u obligaciones que le impone esta Ley, incurrirá en una falta administrativa y será sancionada con pena de multa no menor de quinientos (500) dólares ni mayor de cinco mil (5,000) dólares por cada incidente o violación de ley.
- La Oficina del Procurador del Paciente (OPP) fue creada en el 2001 para garantizar el cumplimiento de los derechos y las responsabilidades del paciente. Está facultada por la Ley para investigar y dirigir cualquier querrela relacionada con la violación de las disposiciones legales consignadas en la **Carta de Derechos y Responsabilidades del Paciente**.

# Contactos OPP

Dirección Postal: PO Box 11247 San Juan , Puerto Rico 00910-2347

Dirección Física: Edificio Mercantil Plaza piso 9 Hato Rey, Puerto Rico.

Cuadro Telefónico: 787-977-1100 (metro) 1-800-981-0031 (Isla) ;

Para Radicar Querellas: 787-977-1100

Fax: 787-977-0915

[info@opp.pr.gov](mailto:info@opp.pr.gov)

[www.opp.pr.gov](http://www.opp.pr.gov)

**Ley 57 para la Prevención del Maltrato,  
Preservación de la Unidad Familiar y para la  
Seguridad, Bienestar y Protección de los  
Menores,**

# Propósito de la Ley

- Tiene el propósito de garantizar el bienestar de los niños y niñas, y asegurar que los procedimientos en los casos de maltrato de menores se atiendan con diligencia.
- Para la ley, el abuso infantil significa cualquier tipo de daño; humillación; abuso físico o psicológico; descuido; omisión o trato negligente, maltrato, explotación sexual; incluyendo la agresión sexual y el comportamiento obsceno; y cualquier tipo de agresión violenta dirigida a un niño o joven por sus padres, tutores legales o cualquier persona.

# ¿Qué dice la Ley?

- Esta ley derogó la Ley Núm. 246, conocida como **Ley para la Seguridad, Bienestar y Protección de Menores” del 16 de diciembre de 2011.**
- Busca establecer la “Ley para la Prevención del Maltrato, Preservación de la Unidad Familiar y para la Seguridad, Bienestar y Protección de los Menores,” a los fines de garantizar cumplimiento con las partes B y E del Título IV de la Ley del Seguro Social, según enmendada por la Family First Prevention Services Act, 42 USC §§621-629m y 42 USC §§670-679c;
- Esta ley incorpora varios términos y conceptos nuevos en nuestra jurisdicción, necesarios para la modificación del paradigma programático del sistema de protección de menores. Uno de los términos más importantes lo es el de “menor en riesgo a ingresar a cuidado sustituto”, el cual se refiere a un menor de edad y a su familia que pueden beneficiarse de tratamiento y servicios dirigidos a la preservación de la unidad familiar ante una situación de riesgo de maltrato o negligencia y para evitar que dicho menor ingrese a cuidado sustituto.
- El término se utiliza también para distinguir situaciones donde los esfuerzos de preservación sean viables de aquellas donde se requiera la remoción de un menor de su hogar, su ubicación en cuidado sustituto, y el comienzo de la acción judicial correspondiente”

# ¿Qué dice la Ley?

- La ley incorpora la frase “mejor interés del menor” para referirse de forma universal al conjunto de acciones y procesos tendentes a garantizarle a un menor su desarrollo integral y una vida digna, así como las condiciones materiales y afectivas que le permitan vivir plenamente y alcanzar su máximo potencial, incluyendo, pero sin limitarse a factores que afecten la seguridad, bienestar físico, mental, emocional y otros.
- De esta manera se recogen todos estos factores en un solo término y así se elimina la utilización de varias expresiones que pueden causar confusión, ya que pueden significar lo mismo como “mejor bienestar del menor”, “bienestar del menor”, entre otros.
- Un término importante cuyo significado cambia en la ley es “persona responsable del menor”, el cual ahora incluye a toda persona que esté a cargo de este de forma temporal o permanente, como a los progenitores, un familiar, entre otros.

# ¿Qué dice la Ley?

- Esta ley también esclarece las prerrogativas y límites que tiene el Departamento de la Familia en cuanto a la determinación administrativa de donde ubicar a un menor. Asimismo, se aclara, con bastante especificidad, lo que se espera de los manejadores de casos de dicha agencia en cuanto a la preparación de diferentes planes dirigidos a preservar la unidad familiar a través de fomentar el regreso del menor a su hogar, en caso de ser removido, su ubicación permanente con algún recurso familiar o mediante el mecanismo de la adopción.
- En cuanto a las acciones judiciales la presente ley detalla con bastante especificidad los diferentes pasos a seguir en todas las etapas de los procesos de protección de menores ante nuestros tribunales. Ello incluye los términos de tiempo para la celebración de diferentes vistas críticas, el lenguaje que debe utilizarse en las órdenes, resoluciones y sentencias, entre otros. Los términos de tiempo para llevar a cabo esfuerzos razonables de reunificación también se revisaron ante la necesidad y posibilidad de proveer servicios de esta índole a las familias por más de seis (6) meses. Todo esto se hace con el objetivo de fomentar la implementación de esta ley de una manera uniforme a través de todos los tribunales de Puerto Rico.

# Responsabilidades del Departamento de Salud

- Proporcionar servicios de diagnóstico y tratamiento médico a los niños maltratados y a sus familias;
- Proporcionar formación a los profesionales médicos y no médicos sobre los aspectos médicos del maltrato infantil;
- Proporcionar evaluación y atención médica prioritaria a los niños bajo la custodia del Departamento, y suministrar los medicamentos prescritos;
- Garantizar los servicios sanitarios a los niños bajo el cuidado del Departamento, independientemente del lugar en el que se encuentren;
- Coordinar la prestación de servicios de adicción y salud mental con el Plan de Servicios del Departamento.
- Establecer programas de servicios para niños maltratados con necesidades especiales de atención sanitaria; y
- Proporcionar asesoramiento experto en cuestiones de salud y experiencia en situaciones de abuso institucional y/o negligencia institucional en instituciones educativas;
- Garantizar que los proveedores o entidades privatizadoras de servicios y establecimientos de salud mental ofrezcan atención inmediata a las situaciones de maltrato, así como a los medicamentos, y que cumplan con las obligaciones aquí impuestas al Departamento de Salud.
- Desarrollar acuerdos de colaboración con las entidades gubernamentales obligadas por esta Ley a proveer servicios de salud mental o de adicción a menores, padres, madres o persona responsable de un menor que haya incurrido en una conducta abusiva.

# Contactos del Programa de ADFAN del Departamento de la Familia

- Dirección Física: Roosevelt Plaza Building 185 Avenida Roosevelt Hato Rey, Puerto Rico 00918
- Dirección Postal: P.O. Box 194090 San Juan, PR 00919-4090
- Teléfono: 787-625-4900
- Línea de ADFAN Hotlines 787-749-1333/ 1-800-981-8333
- Líneas directas de orientación
- 787-977-8022
- 1-888-359-7777

**“Ley para la Prevención e  
Intervención con la Violencia  
Doméstica” Ley Núm. 54 de 15 de  
agosto de 1989, según enmendada**

# ¿Qué establece la ley?

- Establecer un conjunto de medidas dirigidas a prevenir y combatir la violencia doméstica en Puerto Rico; definir los delitos de Maltrato, Maltrato Agravado, Maltrato por Amenaza, Maltrato por Restricción de la Libertad y Agresión Sexual Conyugal, y establecer sanciones;
- Facultar a los tribunales a emitir Órdenes de Protección para las víctimas de violencia doméstica y establecer un procedimiento fácil y expedito para la tramitación y adjudicación de las mismas; establecer medidas dirigidas a la prevención de la violencia doméstica y ordenar a la Oficina de la Procuradora de las Mujeres la divulgación y orientación a la comunidad sobre los alcances de esta Ley y la asignación de fondos.
- En 2022 se incluyó la amenaza de maltrato o abuso de animales domésticos dentro de las conductas delictivas que forman parte de la definición de violencia doméstica.

# ¿Qué es violencia doméstica?

Es un tipo de violencia de género que se da en personas que son o fueron pareja y entre las que hubo una relación consentida. No es necesario que vivan juntos o que hayan tenido hijos juntos.

## **La violencia doméstica incluye:**

- Violencia física
- Psicológica
- Intimidación y/o amenazas
- Agresión sexual
- Privación de libertad
- A veces, el agresor no causa daño directamente a la superviviente, sino que daña las cosas de la superviviente o de otras personas con el fin de causar un daño emocional a la superviviente.

# Información de Contacto de la Oficina de la Procuraduría de las Mujeres

## Dirección Física:

- 161 Avenida Juan Ponce de León  
San Juan, PR 00917

## Dirección Postal:

- Box 11382 Fernández Juncos Station  
San Juan, PR 00910-1382

## Teléfonos:

- Tel: (787) 721-7676
- Libre de costo: 1-877-722-2977

Fax: 787-721-7711

TTY: 787-725-5921

- **Email:**

[intercesoraslegales@mujer.pr.gov](mailto:intercesoraslegales@mujer.pr.gov)

**Ley del Programa de Prevención y Seguridad para las Víctimas de la Violencia de Género. Ley núm. 3 del 18 de enero de 2022**

# Ley del Programa de Prevención y Seguridad para las Víctimas de la Violencia de Género. Ley núm. 3 del 18 de enero de 2022

- La violencia de género se produce cuando una persona muestra comportamientos que causan daño físico, sexual o psicológico a otra persona motivados por los estereotipos de género creados por la sociedad.
- Estadísticamente, en la mayoría de estos casos las víctimas son mujeres en situaciones de violencia ejercida por hombres. Esto incluye a mujeres de diversas edades y contextos sociales, educativos y económicos. Sin embargo, cualquier persona puede verse afectada por la violencia de género
- El concepto de violencia incluye amenazas, agresiones, persecución y aislamiento, entre otras acciones similares. Estas acciones pueden ocurrir en lugares públicos y privados, y manifestarse en el trabajo, la comunidad, la familia, las amistades, las relaciones, los profesores e incluso por parte de desconocidos.

# ¿Qué establece la ley?

- Para adoptar y crear la "Ley del Programa de Prevención y Seguridad para las Víctimas de Violencia de Género" para proteger a las víctimas de violencia de género que tengan una orden de protección, mediante la integración de servicios y alianzas entre la Policía de Puerto Rico, la Policía Municipal y la Rama Judicial; y para otros fines.
- Esta Ley no excluye cualquier otra iniciativa de la Rama Ejecutiva que pueda unir esfuerzos para brindar seguridad a las víctimas de violencia de género al amparo de la declaración de emergencia emitida en la Orden Ejecutiva del Boletín Administrativo Núm. 2021-013.
- Cualquier protocolo o proceso aprobado bajo dicha Orden Administrativa se incluirá como parte del programa de vigilancia y seguridad ordenado en esta Ley, sin perjuicio de las facultades constitucionales de la Asamblea Legislativa de Puerto Rico.



# **Explotación Financiera a Personas de Edad Avanzada o Adultos con Impedimentos**

# ¿Qué es explotación financiera?

- La Explotación Financiera es una modalidad de maltrato hacia las personas de edad avanzada o un adulto con impedimento en la que incurren familiares, amigos, vecinos, personas encargadas del cuidado, entre otros.
- La Ley Núm. 121-1986 define la explotación financiera como el uso impropio de los fondos de una persona de edad avanzada capacitada o un adulto con impedimento, de su propiedad o recursos por otro individuo, incluyendo, pero no limitándose a fraude, falsas representaciones, malversación de fondos, conspiración, falsificación de documentos, falsificación de récords, coerción; transferencia de propiedad mediante fraude o negación de acceso a bienes.

# Explotación Financiera - Razones

## Algunos factores que contribuyen a que ocurra la Explotación:

- La situación económica de hijos e hijas.
- El uso y abuso de sustancias controladas por familiares cercanos
- Confiar u ofrecer información de asuntos económicos a terceras personas.
- Condiciones de salud que limitan la capacidad mental del adulto de edad avanzada o adulto con impedimento.
- Cambios en los patrones tradicionales de manejo de las cuentas bancarias.
- Riñas entre hijos(as) por los recursos de los padres.

# Indicadores de Explotación

## Algunos indicadores de Explotación Financiera en personas de edad avanzada son:

- Reducción significativa de los balances en cuentas de ahorros o cuentas corrientes de forma súbita o atípica
- Cancelación de certificados de depósitos antes de la fecha de maduración
- Pagos por débito directo de cuentas de terceras personas
- La víctima carece de atención a sus necesidades básicas en comparación con sus recursos económicos
- Falsificación de firmas
- Cuentas sin pagar
- Suspensión de servicios de agua, luz y teléfono
- Notificaciones de embargo
- Retiro en efectivo de cantidades significativas de sus cuentas o cambios en los patrones de consumo
- Solicitudes o firma de préstamos
- La compra de vehículos o propiedades sin el consentimiento de la víctima
- Venta de vehículos o propiedades
- Compra o cancelación de pólizas de seguros

# Factores que aumentan el riesgo

- Aislamiento
- Soledad
- Miembros de la familia con problemas de acción a drogas, alcohol o al juego
- Incapacidad física o mental de la víctima que la hace dependiente de la ayuda de otro
- Falta de destrezas para manejar asuntos financieros o tecnológicos
- Muerte del cónyuge que se encargaba de los asuntos financieros o de los hijos que le ayudaban en esta área

# ¿Cómo evitar la Explotación Financiera?

## Información que nuestros Beneficiarios deben conocer:

- Identifique y seleccione cuidadosamente a la persona con quien compartirá sus asuntos financieros
- Proteja su chequera, tarjetas de crédito o ahorros, estados financieros, y cualquier otro documento sensible, en un lugar seguro
- No comparta su número de Seguro Social o número secreto del cajero automático (ATH) con ninguna persona, especialmente vía teléfono

# Penalidades

## **La Ley Núm. 146-2012, establece las siguientes penalidades:**

- En los casos en que la cantidad de los fondos, activos o propiedad mueble o inmueble envueltos en la explotación financiera de la persona de edad avanzada o con impedimentos, sea de hasta \$2,500.00, el ofensor incurrirá en delito menos grave. En los casos mayores de esta cantidad , incurrirá en delito grave.
- En todos los casos, el Tribunal impondrá la pena de restitución en adición a la pena establecida.

# Leyes Aplicables

## Las siguientes leyes protegen a las personas de edad avanzada de la Explotación Financiera:

- Ley Núm. 121-1986, según enmendada, conocida como la “Carta de Derechos de las Personas de Edad Avanzada”.
- Ley Núm. 206-2008, la cual ordena al Comisionado de Instituciones Financieras, a la Corporación Pública para la Supervisión y Seguro de Cooperativas de Puerto Rico y a la Oficina del Comisionado de Seguros a implantar aquellos reglamentos necesarios, a fin de requerirle a las instituciones financieras, cooperativas o de seguros que operan en Puerto Rico a que establezcan un protocolo de prevención y detección de posibles casos de explotación financiera a personas de edad avanzada o con impedimentos. Estas entidades están obligadas a referir situaciones en las que se sospecha explotación financiera.
- Ley Núm. 146-2012, según enmendada, conocida como el “Código Penal de Puerto Rico”, en sus Artículos 127-C y D Explotación Financiera de Personas de Edad Avanzada, exponen modalidades y penas, entre otros, para personas que cometen este delito.

# Información de Contacto

## Departamento de Cumplimiento Medicaid

- Liza Rivera-Ortiz, Oficial de Cumplimiento Medicaid
- MMM Holdings, LLC P.O. Box 71114 San Juan, PR 00936-8014
- Tel. 787-622-3000, Ext. 2233
- Cel. 787-918-7332
- Correo electrónico: [liza.rivera@mmmhc.com](mailto:liza.rivera@mmmhc.com)
- Por Internet a través de la página “Ethics Point” (por su nombre en inglés): [www.psg.ethicspoint.com](http://www.psg.ethicspoint.com)
- Línea telefónica de “EthicsPoint”: 1-844-256-3953 Refiere a través de correo electrónico: [VitalSIU@mmmhc.com](mailto:VitalSIU@mmmhc.com)

## Departamento de Cumplimiento Medicare Advantage

- Myra Plumey, Chief Compliance Officer
- MMM Holdings, LLC P.O. Box 71114 San Juan, PR 00936-8014
- Tel. 787-622-3000, Ext. 2061
- Cel. 787-379-3327
- Correo electrónico: [myra.plumey@mmmhc.com](mailto:myra.plumey@mmmhc.com)
- Por Internet a través de la página “Ethics Point” (por su nombre en inglés): [www.innovacarehealth.ethicspoint.com](http://www.innovacarehealth.ethicspoint.com)
- Línea telefónica de “EthicsPoint”: 1-877-307-1211
- Refiere a través de correo electrónico: [SIU@mmmhc.com](mailto:SIU@mmmhc.com)



## **Adiestramiento General de Cumplimiento y Fraude, Pérdida y Abuso.**

La información contenida es privilegiada y confidencial y es para uso exclusivo del destinatario. Si usted recibe la misma por error, no está autorizado a utilizar, distribuir o fotocopiar la misma. Favor de notificar inmediatamente al remitente al 1-866-676-6060 para coordinar la devolución de los documentos.

# Introducción

Este adiestramiento reúne las condiciones para cumplir con el requisito general de adiestramiento de cumplimiento de los empleados de Planes Patrocinadores de las Partes C y D de Medicare, su junta de directores y sus contratistas, subcontratistas y entidades relacionadas, según establecido en las regulaciones y sub-regulaciones que se encuentran en:

- 42 CFR Sección 422.503(b)(4)(vi)(C)
- 42 CFR Sección 423.504(b)(4)(vi)(C)
- Sección 50.3 de las Guías del Programa de Cumplimiento (Capítulo 9 del Manual del Beneficio de Medicamentos Recetados de Medicare y el Capítulo 21 del Manual de Manejo de Cuidado de Medicare)
- La sección de “Descargas” de la Política y Guías del Programa de Cumplimiento de CMS disponible en la página web

Realizar este adiestramiento, de por sí, no es garantía de que un Patrocinador cuente un “Programa de Cumplimiento Efectivo”. Los Patrocinadores y sus FDRs son responsables de establecer y poner en práctica un Programa de Cumplimiento efectivo según lo establecen las regulaciones de los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) y las guías del programa.

# ¿Por qué necesito adiestramiento?

Cada año, se pierden miles de millones de dólares debido al Fraude, Pérdida y Abuso (FWA, por sus siglas en inglés). Esto nos afecta a todos, incluyéndolo a usted. Este adiestramiento le ayudará a identificar, corregir y prevenir FWA.

Usted es parte de la solución.

¡El Cumplimiento es responsabilidad de todos! Como individuo que provee servicios administrativos o de salud a los afiliados de Medicare, cada acción que usted realice tiene el potencial de afectar a los afiliados de Medicare, al Programa de Medicare o al Fondo Fiduciario de Medicare.

# Requisitos de adiestramiento

## **Empleados del Plan, Junta de Directores y Empleados de los Contratistas, Subcontratistas y Entidades Relacionadas (FDRs).**

Algunos requisitos de adiestramiento les aplican a las personas que administran las Partes C y D de Medicare. Todos los empleados de Compañías Medicare Advantage (MAO, por sus siglas en inglés) y de Planes de Medicamentos Medicare (Parte D) (de aquí en adelante llamados “Patrocinadores”) tienen que recibir adiestramiento sobre cómo cumplir con las reglas de CMS.

Usted tiene que tomar el adiestramiento de FWA en un plazo de 90 días a partir de la fecha de su contratación. Información adicional sobre otros adiestramientos de cumplimiento de Medicare Partes C y D, así como respuestas a las preguntas más comunes está disponible en el sitio web de CMS. Comuníquese con su equipo gerencial para más información.

# Conozca más sobre la Parte C de Medicare

Los planes MA tienen que cubrir todos los servicios cubiertos por Medicare, excepto el cuidado de hospicio. Los planes MA proveen los beneficios de las Partes A y B de Medicare y pueden incluir cubierta de medicamentos recetados, así como también otros beneficios adicionales.

# Conozca más sobre la Parte D de Medicare

La Parte D de Medicare, el Beneficio de Medicamentos Recetados, ofrece cubierta de medicamentos recetados a beneficiarios inscritos en la Parte A y/o B que eligen afiliarse en un Plan de Medicamentos Recetados de Medicare (PDP, por sus siglas en inglés) o en un plan Medicare Advantage con cubierta de Medicamentos Recetados (MA-PD, por sus siglas en inglés). Las compañías de seguro u otras compañías aprobadas por Medicare brindan cubierta de medicamentos recetados a los individuos que residen en el área de servicio del plan.

# Requisito del Programa de Cumplimiento

Los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) requieren que los Patrocinadores implementen y mantengan un programa de cumplimiento efectivo para sus planes con cubierta de las Partes C y D de Medicare. Un programa de cumplimiento efectivo debe:

- Expresar y evidenciar el compromiso de una compañía con mantener una conducta ética y legal
- Proveer orientación sobre cómo manejar preguntas e inquietudes de cumplimiento
- Proveer orientación sobre cómo identificar y reportar infracciones de cumplimiento

# ¿Qué es un Programa de Cumplimiento Efectivo?

Un programa de cumplimiento efectivo fomenta una cultura de cumplimiento dentro de una compañía y, como mínimo:

- Previene, identifica y corrige el incumplimiento
- Está plenamente implementado y adaptado a las operaciones y circunstancias particulares de una compañía
- Cuenta con los recursos adecuados
- Promueve los Estándares de Conducta de la empresa
- Establece líneas claras de comunicación para notificar sobre el incumplimiento

Un programa de cumplimiento efectivo es esencial para prevenir, detectar y corregir el incumplimiento de Medicare, así como el Fraude, Pérdida y Abuso (FWA). Debe incluir, como mínimo, los siete requisitos básicos del programa de cumplimiento.

# Los Siete Requisitos Básicos del Programa Cumplimiento

**CMS exige que un programa efectivo de cumplimiento cuente con siete requisitos básicos:**

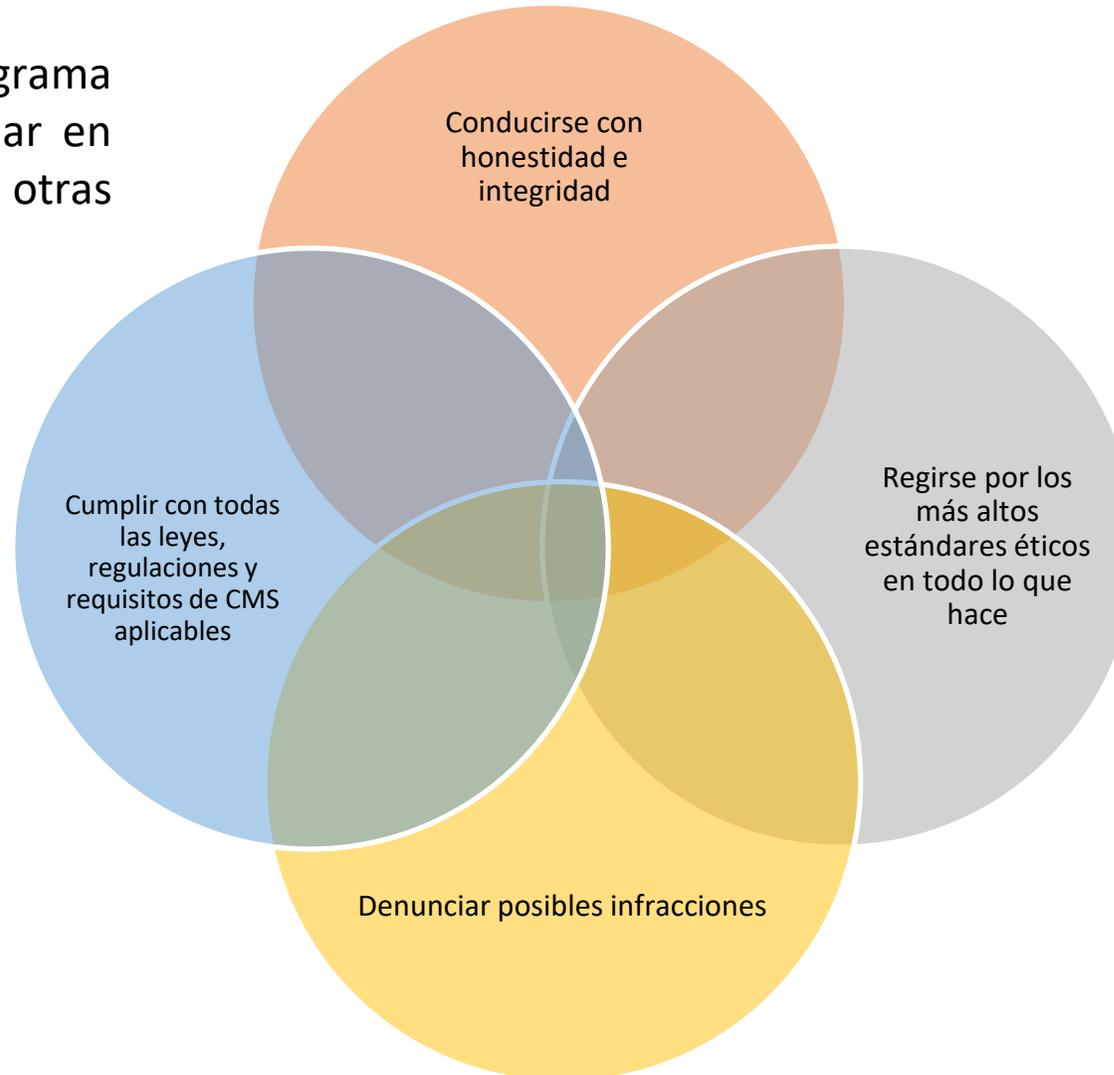
- 1. Políticas, Procedimientos y Estándares de Conducta por Escrito:** Estos manifiestan el compromiso del Patrocinador para cumplir con todos los estándares federales y estatales aplicables, y describen las expectativas de cumplimiento de acuerdo con las Normas de Conducta.
- 2. Oficial de Cumplimiento, Comité de Cumplimiento y Supervisión de Alto Nivel Gerencial:** El Patrocinador debe nombrar a un Oficial de Cumplimiento y a un Comité de Cumplimiento que serán responsables de las actividades y el estatus del programa de cumplimiento, incluyendo las situaciones identificadas, investigadas y resueltas por el programa de cumplimiento. La alta gerencia y la junta administrativa del Patrocinador deben participar y supervisar de manera razonable el programa de cumplimiento del Patrocinador.
- 3. Adiestramiento y Educación Efectivos:** Esto es para cubrir los elementos que componen el plan de cumplimiento, así como la prevención, identificación y denuncia de FWA. El adiestramiento y la educación deben adaptarse a las diferentes responsabilidades y labores de los empleados.

# Los Siete Requisitos Básicos del Programa Cumplimiento

- 4. Líneas de Comunicación Efectivas:** Las mismas deben estar accesibles a todos, garantizar la confidencialidad y proveer métodos para reportar de manera anónima y con buenas intenciones situaciones de cumplimiento en el Patrocinador y a nivel de los Contratistas, Subcontratistas y Entidades Relacionadas (FDRs).
- 5. Estándares de Disciplina Claramente Difundidos:** El Patrocinador debe aplicar y hacer cumplir las normas a través de guías disciplinarias claramente difundidas.
- 6. Sistema Efectivo de Monitoreo Rutinario, Auditoría e Identificación de Riesgos de Cumplimiento:** Realizar monitoreos de rutina y auditorías de las operaciones del Patrocinador y sus FDRs para evaluar el cumplimiento con los requisitos de CMS, así como la efectividad general del programa de cumplimiento. NOTA: Los Patrocinadores deben asegurar que los FDRs que brindan servicios administrativos o de salud delegados a estas con relación a las Partes C y D de Medicare cumplen con los requisitos del Programa Medicare.
- 7. Procedimientos y Sistema para Responder Prontamente a Situaciones de Cumplimiento:** El Patrocinador tiene que emplear medidas efectivas para responder rápidamente al incumplimiento e iniciar las acciones correctivas apropiadas.

# Ética: ¡Haga lo correcto!

Como parte del Programa Medicare, usted debe actuar en forma ética y legal. En otras palabras, ¡hacer lo correcto!



# ¿Cómo saber qué se espera de usted?

Ahora que ya conoce las guías éticas generales, ¿cómo puede saber qué se espera de usted en una situación específica?

Los Estándares de Conducta (o Código de Conducta) establecen las expectativas de cumplimiento, así como los principios y los valores por los que se rigen las operaciones de una compañía. Los Estándares de Conducta Organizacionales varían. La compañía debe adaptarlos a sus operaciones y cultura particulares. Consulte con la gerencia dónde puede encontrar los Estándares de Conducta de su compañía.

Reportar violaciones a los Estándares de Conducta y sospechas de incumplimiento es responsabilidad de todos.

Los Estándares de Conducta y las Políticas y Procedimientos de una compañía deben señalar esta responsabilidad e indicarle cómo se deben reportar posibles situaciones de incumplimiento.

# ¿Qué es incumplimiento ?

El incumplimiento es una conducta que no está de acuerdo ni con la ley, ni con los requisitos de programas de salud Federales, ni con las políticas éticas y de negocios de una compañía. CMS ha identificado las siguientes áreas de alto riesgo para las Partes C y D de Medicare:

- Falsa representación de agentes / intermediarios (brokers)
- Revisión de apelaciones y quejas (por ejemplo, determinaciones de cubierta y organizacionales)
- Avisos al Beneficiario
- Conflictos de interés
- Procesamiento de reclamaciones
- Credencialización y redes de proveedores
- Requisitos de Documentación y Puntualidad
- Ética
- Supervisión y monitoreo de FDRs
- Ley de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro Médico (HIPAA)
- Mercadeo y afiliaciones
- Administración de farmacia, formulario y beneficio
- Calidad de cuidado

Para más información, refiérase a las Guías del Programa de Cumplimiento en el Manual de Cuidado de Medicare y el Manual de Beneficios de Medicamentos Recetados de Medicare disponibles en la página web de CMS.

# Conozca las Consecuencias del Incumplimiento

El no cumplir con los requisitos del Programa Medicare y las guías de CMS puede tener consecuencias graves que incluyen:

- ✓ Rescisión / Anulación de contrato
- ✓ Sanciones criminales
- ✓ Exclusión de participación en todos los programas federales de cuidado médico
- ✓ Sanciones monetarias civiles

Además, a nuestra compañía se le exige tener estándares disciplinarios para la conducta en incumplimiento. Aquellos cuyas acciones o comportamiento rayen en incumplimiento podrían estar sujetos a:

- ✓ Adiestramiento o readiestramiento obligatorio
- ✓ Medidas disciplinarias
- ✓ Despido

# El incumplimiento nos afecta a todos

Sin programas para prevenir, identificar y corregir el incumplimiento, todos nos arriesgamos a que:

Los beneficiarios se afecten al confrontar:

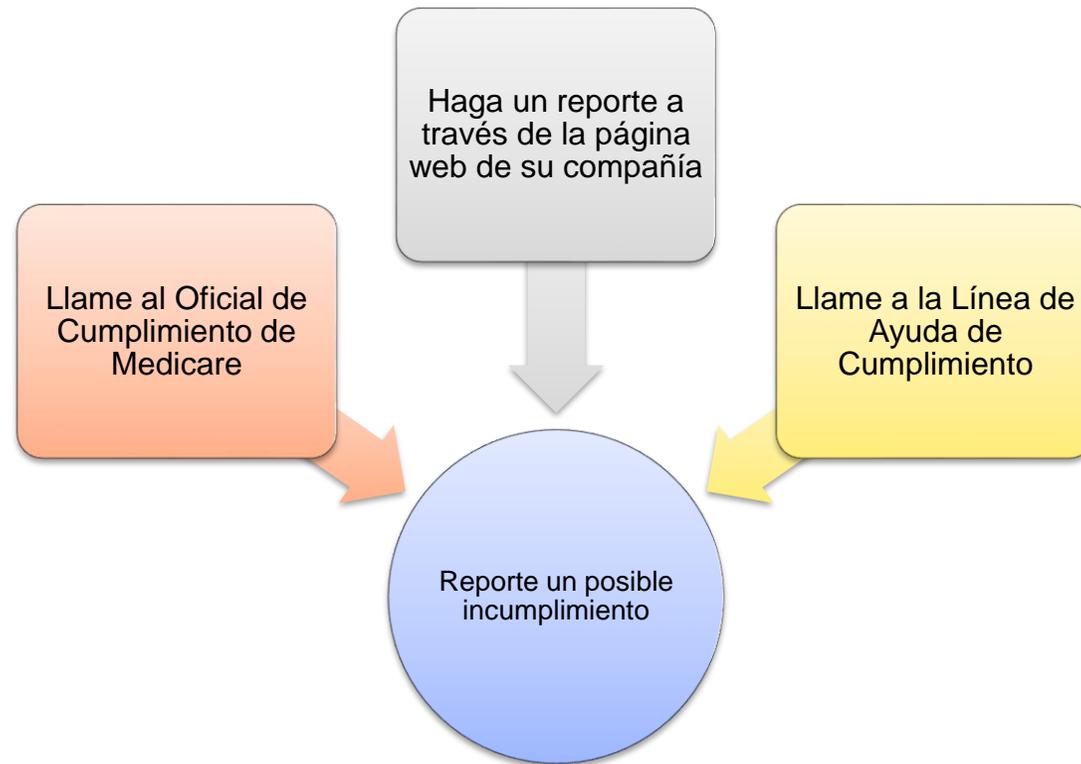
- Retraso en servicios
- Denegación de beneficios
- Dificultad para utilizar los proveedores de su elección
- Otras dificultades en su cuidado

Menos dinero para todos debido a:

- Copagos altos
- Primas más altas
- Menos beneficios para individuos y patronos
- Calificación de estrellas baja
- Menos ganancias

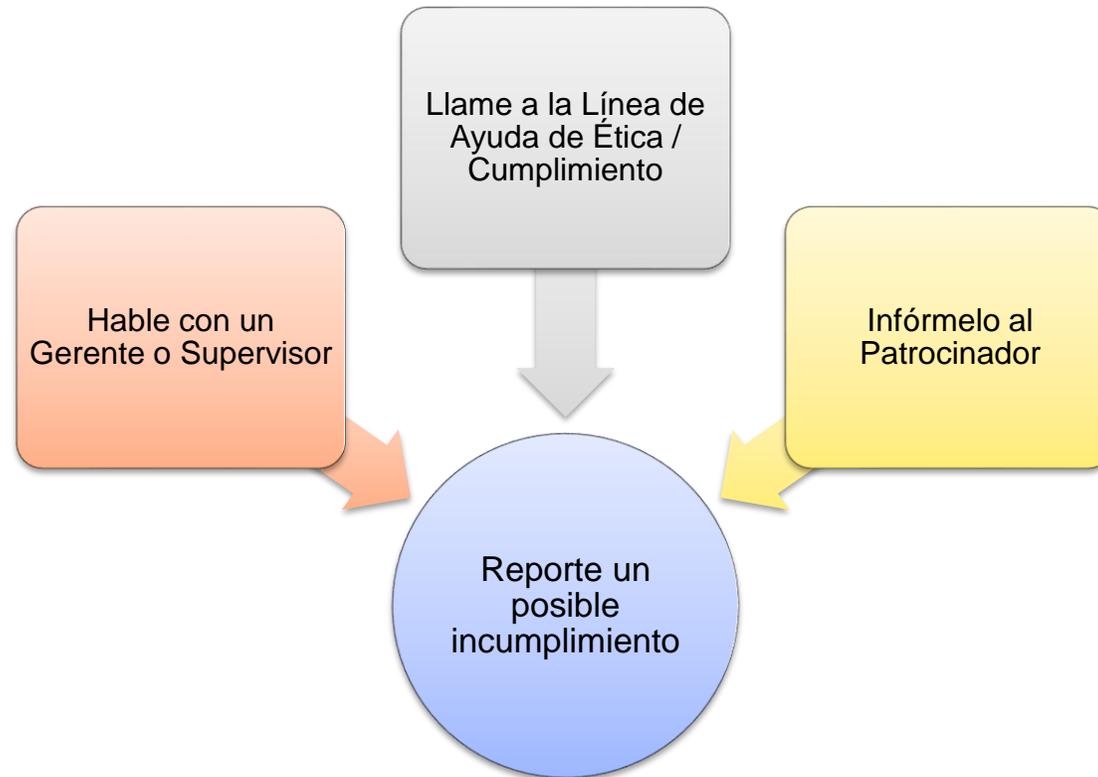
# Cómo Reportar un Posible Incumplimiento

## Empleados del Patrocinador



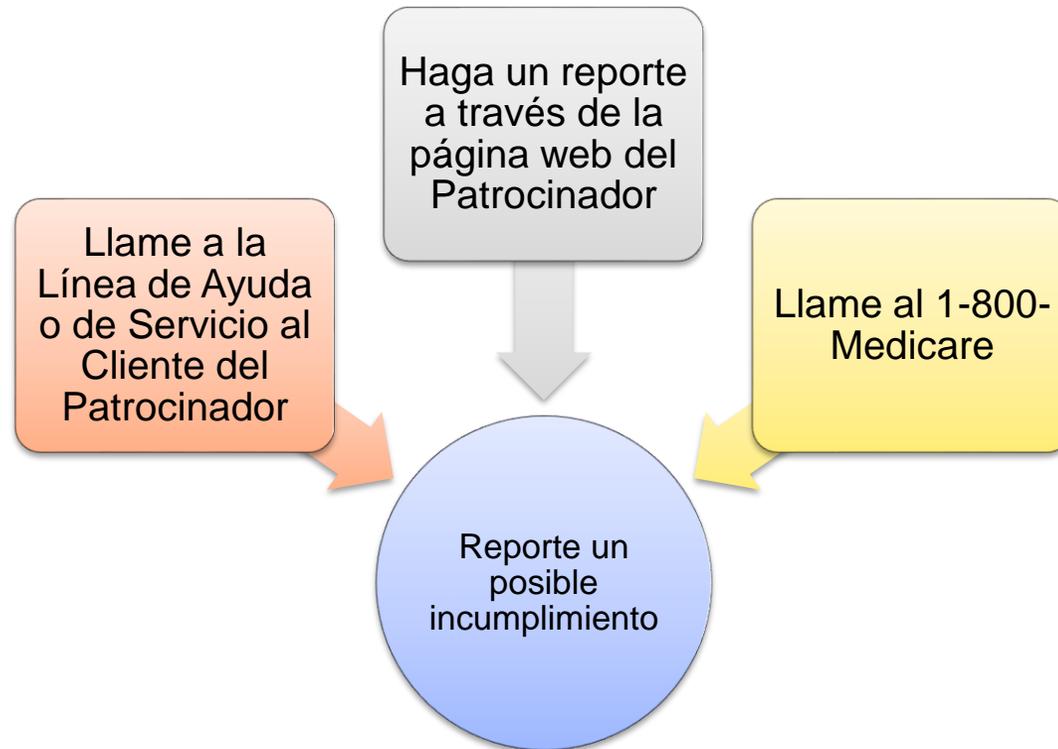
# Cómo Reportar un Posible Incumplimiento

## Empleados de FDRs



# Cómo Reportar un Posible Incumplimiento

## Beneficiarios



# No dude en reportar el incumplimiento

Cuando usted reporta de buena fe una sospecha de incumplimiento, el Patrocinador no podrá tomar represalias en su contra.

Cada Patrocinador tiene que ofrecer métodos para reportar que sean:

- Anónimos
- Confidenciales
- Libres de represalias

## ¿Qué Sucede Después de Detectarse el Incumplimiento?

El incumplimiento debe investigarse de inmediato y corregirse rápidamente. El monitoreo interno debe asegurar que:

- No haya recurrencia del mismo tipo de incumplimiento
- Cumplimiento continuo con los requisitos de CMS
- Los controles internos sean eficientes y efectivos
- Los afiliados estén protegidos

# ¿Qué son las Auditorías y los Monitoreos internos?

## Monitoreos Internos

- Incluyen revisiones periódicas para confirmar el cumplimiento continuo y aplicar medidas correctivas efectivas

## Auditoría Interna

- Es una revisión formal de cumplimiento que tiene como medidas base un conjunto de estándares específicos (por ejemplo, políticas, procedimientos, leyes y regulaciones)

# ¡El cumplimiento es responsabilidad de todos!

## Evite

¡Opere dentro del marco de las expectativas éticas de su compañía para evitar el incumplimiento!

## Detecte e Informe

¡Reporte todo posible incumplimiento que detecte!

## Corrija

¡Corrija el incumplimiento para proteger a los beneficiarios y ahorrar dinero!



# Combatiendo Fraude, Pérdida y Abuso en las Partes C y D de Medicare

# Introducción

Este adiestramiento ayuda a los empleados, junta de directores, contratistas, subcontratistas y entidades relacionadas (FDRs, por sus siglas en inglés) de los Patrocinadores de las Partes D y D de Medicare a cumplir con los requisitos de adiestramiento de Fraude, Pérdida y Abuso (FWA, por sus siglas en inglés) según establecido en las regulaciones y sub-regulaciones que se encuentran en:

- 42 Código Federal de Regulaciones, Sección 422.503(b)(4)(vi)(C)
- 42 CFR, Sección 423.504(b)(4)(vi)(C)
- Programas de Medicare y Medicaid, Cambios Técnicos y de Políticas en el Programa de Medicare Advantage, el Programa de Beneficio de Medicamentos Recetados de Medicare, el Programa de Medicaid, el Programa de Planes de Costo de Medicare, y en los Programas Todo Incluido para el Cuido de Envejecientes para el año contrato 2022.
- Sección 50.3.2 de las Guías del Programa de Cumplimiento (Capítulo 9 del “Manual del Beneficio de Medicamentos Recetados de Medicare” y el Capítulo 21 del “Manual de Manejo de Cuidado de Medicare”

Los patrocinadores y sus FDRs son responsables de proveer adiestramiento adicional especializado o de actualización sobre temas de riesgos de FWA basados en las funciones de cada empleado o en el entorno laboral.

# ¿Por qué necesito adiestramiento?

Cada año, se pierden miles de millones de dólares a causa de fraude, pérdida y abuso (FWA). Esto nos afecta a todos, incluyéndolo a usted.

Este adiestramiento le ayuda a identificar, corregir y prevenir FWA. Usted es parte de la solución. ¡Combatir el FWA es responsabilidad de todos! Como individuo que provee servicios administrativos o de salud a los afiliados de Medicare, cada acción que usted tome tiene el potencial de afectar a los afiliados de Medicare, al Programa de Medicare o al Fondo Fiduciario de Medicare.

# Requisitos de adiestramiento:

## **Empleados del Plan, Miembros de la Junta Directiva, y empleados de contratistas, subcontratistas y entidades relacionadas (FDRs)**

Algunos requisitos de adiestramiento aplican a personas que manejan las Partes C y D de Medicare. Todos los empleados de Compañías Medicare Advantage (MAO's, por sus siglas en inglés) y de Planes de Medicamentos Recetados (Parte D) (de aquí en adelante llamados "Patrocinadores") tienen que recibir adiestramiento para prevenir, detectar y corregir FWA.

El adiestramiento de FWA tiene que administrarse en un plazo de 90 días a partir de la contratación inicial y luego, al menos una vez al año.

# Conozca más sobre la Parte C de Medicare

La Parte C de Medicare o Medicare Advantage (MA, por sus siglas en inglés), es una cubierta de salud disponible para los beneficiarios de Medicare. El programa MA es ofrecido por compañías de planes de salud privadas aprobadas por Medicare. Estas compañías coordinan o proveen servicios de salud a aquellos beneficiarios que eligen afiliarse a un plan MA.

Los planes Medicare Advantage tienen que cubrir todos los servicios cubiertos por Medicare (excepto el cuidado de hospicio). Proveen los beneficios de las Partes A y B de Medicare y pueden incluir cubierta de medicamentos recetados y otros.

# Conozca más sobre la Parte D de Medicare

La Parte D de Medicare, el Beneficio de Medicamentos Recetados, ofrece cubierta de medicamentos recetados a todos los beneficiarios matriculados en la Parte A y/o B que eligen afiliarse en un Plan de Medicamentos Recetados de Medicare (PDP, por sus siglas en inglés) o en un plan Medicare Advantage con cubierta de Medicamentos Recetados (MA-PD, por sus siglas en inglés). Las compañías de seguro u otras compañías aprobadas por Medicare brindan cubierta de medicamentos recetados a individuos que residan en el área de servicio del plan

# Objetivos

**Una vez termine este adiestramiento, se espera que usted pueda:**

- ✓ Identificar FWA en el Programa Medicare
- ✓ Identificar las principales leyes y reglamentos relacionados con FWA
- ✓ Reconocer las posibles consecuencias y penalidades relacionadas con las infracciones
- ✓ Identificar métodos de prevención de FWA
- ✓ Identificar cómo reportar FWA
- ✓ Saber cómo corregir FWA

# ¿Qué es FWA? - Fraude

El **Fraude** consiste en presentar, o hacer que se presenten, reclamaciones falsas o tergiversar los hechos a sabiendas para obtener un pago federal por cuidado de salud cuando de otro modo no existiría ningún derecho a obtener ese pago. Solicitar, obtener, ofrecer o pagar a sabiendas una remuneración (por ejemplo, intercambios, sobornos o reembolsos) para inducir o recompensar referidos por artículos o servicios reembolsados por programas federales de cuidado de salud. Hacer referidos prohibidos para ciertos servicios de salud designados es otro ejemplo. El fraude requiere la intención de obtener el pago y el conocimiento de que las acciones son incorrectas. El estatuto de Fraude en el Cuidado de la Salud (18 Código de los Estados Unidos (USC) 1347) considera un delito llevar a cabo con intención y conocimiento un esquema para estafar a un programa de beneficios de cuidado de salud. El Fraude en el Cuidado de la Salud conlleva una pena de hasta 10 años en prisión. También está sujeto a multas criminales por hasta \$250,000. El estatuto prohíbe ejecutar, o intentar ejecutar, a sabiendas y deliberadamente, un esquema o una mentira relacionada con la entrega o el pago de beneficios, artículos o servicios de cuidado de salud para:

Defraudar cualquier programa de beneficios de cuidado de salud.

Obtener por medio de promesas, pretensiones o representaciones falsas o fraudulentas, cualquier dinero o propiedad perteneciente o bajo el control de un programa de beneficios de salud.

Ejemplo: Varios doctores y clínicas medicas conspiraron un esquema de manera coordinada para defraudar el Programa de Medicare al someter reclamaciones para sillas de rueda motorizadas que no eran necesarias.

**Penalidad:** Las penalidades por violar el Estatuto de Fraude en el cuidado de la Salud puede incluir multas, prisión o ambas penas.

# ¿Qué es FWA? – Pérdida y Abuso

La **Pérdida** describe prácticas, como la sobreutilización de servicios, que, directa o indirectamente, resultan en costos innecesarios para el Programa de Medicare. Por lo general, la Pérdida no se considera el producto de una acción criminalmente negligente, sino el mal uso de los recursos.

El **Abuso** describe prácticas que, directa o indirectamente, resultan en costos innecesarios al Programa Medicare. El abuso incluye cualquier práctica que no brinde servicios médicamente necesarios a los beneficiarios o prácticas que no cumplen con los estándares profesionales de cuidado.

Para las definiciones de fraude, pérdida y abuso, refiérase al Capítulo 21, Sección 20 del Manual de Manejo de Cuidado de Medicare (“Medicare Managed Care Manual”) y al Capítulo 9 del Manual del Beneficio de Medicamentos Recetados de Medicare (“Prescription Drug Benefit Manual”).

# Ejemplos de FWA?

Ejemplos de acciones que pueden considerarse **fraude** a Medicare incluyen:

- Facturar, a sabiendas, servicios de mayor complejidad que los servicios que fueron provistos o documentados en el expediente médico del paciente
- Facturar, a sabiendas, por servicios no provistos o suministros que no fueron provistos, incluyendo la falsificación de expedientes para mostrar documentar los mismos.
- Ordenar, a sabiendas, artículos o servicio médicos innecesarios
- Facturar por referidos de pacientes bajo el programa de cuidado de salud federal
- Facturar visitas médicas a las que el paciente no asistió

# Ejemplos de FWA?

Ejemplos de acciones que pueden considerarse **abuso** a Medicare incluyen:

- Facturar por servicios médicos innecesarios
- Cobrar excesivamente por servicios o suministros
- Hacer mal uso de los códigos en una reclamación, como “upcoding” (asignar un código incorrecto de procedimiento médico o de tratamiento para inflar el pago) o separar los códigos (unbundling codes).

Ejemplos de acciones que pueden considerarse **pérdida** a Medicare incluyen:

- Hacer visitas excesivas a consultorios o expedir recetas en exceso
- Recetar más medicamentos de los necesarios para el tratamiento de una condición específica
- Ordenar demasiadas pruebas de laboratorio

# Diferencias entre Fraude, Pérdida y Abuso

Existen diferencias entre el fraude, la pérdida y el abuso. Una de las principales diferencias son la intención y el conocimiento. El Fraude requiere la intención de obtener pago y el conocimiento de que esta acción es incorrecta. La Pérdida y el Abuso pueden implicar el recibir un pago inadecuado o el crear un costo innecesario al Programa Medicare, pero no requieren la misma intención y conocimiento.

# Entendiendo FWA

Para identificar FWA, usted tiene que conocer la ley.

Las páginas que siguen proveen información detallada y fidedigna sobre las siguientes leyes:

1. Ley Civil de Reclamaciones Falsas (FCA, por sus siglas en inglés)
2. Ley de Fraude en el Cuidado de Salud y Fraude Criminal
3. Estatuto Anti-Soborno
4. Ley Stark (Ley de Autoreferido Médico)
5. Ley de Penalidades Monetarias Civiles
6. Ley de Exclusión
7. Ley de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro Médico (HIPAA)

Para detalles sobre las leyes específicas, tales como las Disposiciones de Protección Legal (Safe Harbor Provisions), consulte el estatuto y los reglamentos que apliquen.

# Ley Civil de Reclamaciones Falsas (FCA, por sus siglas en inglés)

Las disposiciones civiles de la FCA (31 USC 3729-3733) hacen al individuo responsable de pagar al Gobierno por daños si él o ella, a sabiendas:

- Conspira para infringir la FCA
- Lleva a cabo otras acciones para obtener propiedad del Gobierno mediante falsa representación
- Oculta o inadecuadamente evita o reduce su responsabilidad de pagarle al Gobierno
- Hace o utiliza una declaración o récord falso para justificar una reclamación falsa
- Presenta una reclamación falsa para pago o aprobación

Además, bajo FCA (18 USC 287), los individuos o entidades pudieran estar sujetos a penalidades criminales, incluyendo multas cárcel, o ambas penas si someten reclamaciones falsas, fraudulentas y/o ficticias

# Daños y Penalidades

Las penalidades por violar el FCS pueden incluir el recobro de tres veces la cantidad de daños causadas al gobierno con relación a las reclamaciones falsas, más \$11,000 por cada reclamación falsa sometida.

## Ejemplos

Un plan Medicare Parte C en Florida:

- ✓ Contrató a una compañía externa para auditar expedientes médicos para identificar códigos de diagnóstico adicionales que pudiera utilizar para aumentar los pagos por capitación por riesgo de CMS.
- ✓ La compañía externa le notificó que algunos códigos de diagnóstico previamente presentados a Medicare no estaban documentados y/o justificados.
- ✓ Fallaron en informarle a Medicare sobre los códigos de diagnósticos no justificados.
- ✓ Llegaron a un acuerdo para pagar \$22.6 millones con relación a las alegaciones de FCA

# Ejemplos

El propietario-administrador de una clínica médica en California:

- ✓ Utilizó a vendedores para reclutar personas para que estas hicieran visitas innecesarias a consultorios médicos.
- ✓ Como gancho, ofreció comida y equipo médico no necesario gratis.
- ✓ Mientras duró el esquema, le facturó a Medicare por más de \$1.7 millones.
- ✓ Fue sentenciado a 37 meses en prisión

## Informantes (Whistleblowers)

Un informante o whistleblower es una persona que saca a la luz información o acciones consideradas ilegales, deshonestas o que violan los estándares clínicos y profesionales.

## Protegidas

Las personas que reportan reclamaciones falsas o que presentan acciones legales para recobrar dinero pagado por reclamaciones falsas están protegidas contra represalias.

## Recompensadas

Las personas que presentan una demanda como informantes y resultan exitosas, reciben, como mínimo, 15%, pero no más del 30% del dinero recuperado.

# Ley de Fraude en el Cuidado de la Salud

- ✓ La Ley de Fraude en el Cuidado de la Salud (18 USC1346-1349) establece que, “quien, a sabiendas e intencionalmente, realiza o intenta ejecutar, un esquema para defraudar cualquier programa de beneficios de cuidado médico, u obtener por medio de promesas, pretextos o representaciones falsas o fraudulentas, cualquier dinero o propiedad perteneciente o bajo la custodia o control de un programa de beneficios de salud... será multado ... o encarcelado por no más de 10 años, o ambas penas “.
- ✓ La condena en virtud de la ley no requiere prueba de que el infractor tenía conocimiento de la ley o la intención específica de violar la misma.

Personas que, a sabiendas, hagan una reclamación falsa pueden estar sujetas a:

- Multas criminales hasta \$250,000
- Encarcelamiento por hasta 20 años

Si las infracciones resultan en muerte, el individuo puede ser encarcelado por cualquier término de años o de por vida. Para más información, vea la sección 1347 del Título 18 del Código de los Estados Unidos.

# Ejemplos

Un farmacéutico de Pennsylvania:

- ✓ Presentó reclamaciones por recetas inexistentes y por medicamentos no despachados a un plan Medicare Parte D
- ✓ Se declaró culpable por fraude en el cuidado de la salud
- ✓ Recibió una sentencia de 15 meses de prisión y se le ordenó pagar más de \$166,000 en restitución al plan

Los dueños de varias compañías de Equipo Médico Duradero (DME, por sus siglas en inglés) en Nueva York:

- Mediante falsa representación, indicaron ser proveedores autorizados de una compañía de mantenimiento de salud sin fines de lucro (la cual administraba un plan Medicare Advantage)
- No proporcionaron DME alguno, a beneficiario alguno, según reclamaron
- Presentaron casi \$1 millón en reclamaciones falsas a la entidad sin fines de lucro; se pagaron \$300,000
- Se declararon culpables por un cargo de conspiración para cometer fraude en el cuidado de la salud

# Ley Anti-Soborno

La Ley Anti-Soborno (AKS) (42 USC 1320a-7b(b)) establece que es un crimen solicitar, ofrecer, pagar o recibir una remuneración directa o indirecta, consciente e intencionalmente para inducir o recompensar referidos de pacientes o generar negocios que involucren cualquier artículo o servicio pagado por un programa de beneficios de cuidado de salud Federal. Cuando un proveedor ofrece, paga, solicita o recibe una remuneración ilegal, está violando el AKS.

Las regulaciones de Protección Legal (safe harbor regulations) (42 CFR 1001.952) describen varios pagos y prácticas de negocio que, aunque potencialmente implican el AKS, no se consideran ofensas si cumplen con ciertos requisitos regulatorios. Los individuos y las entidades son responsables de cumplir con todas las leyes, regulaciones y guías que le aplican a sus negocios.

El folleto de comparación de AKS y la Ley Stark tiene más información.

# Daños y Penalidades

Infracciones son castigables con:

- Multa hasta \$25,000
- Prisión hasta por 5 años, o ambas penas.

Para más información, vea la Sección 1128B(b) del Acta del Seguro Social (La Ley).

## EJEMPLO

Un médico que administraba una clínica de manejo del dolor en Rhode Island:

- Conspiró para solicitar y recibir sobornos por recetar una versión altamente adictiva del opiáceo Fentanyl
- Para garantizar que el seguro pagara, informó sobre pacientes con cáncer que tuvieron dolor intercurrente (episódico)
- Por parte del fabricante del medicamento, recibió \$188,000 en sobornos pagados como honorarios de conferencista
- Admitió que el esquema de soborno le costó a Medicare y a otros pagadores más de \$750,000

El médico tuvo que pagar más de \$750,000 en restitución.

# Ley Stark (Ley de Autorreferencia Médica)

La Ley de Autoreferido Médico (42 USC 1395nn), conocida como el Stark Law, le prohíbe a un médico referir pacientes para servicios de salud específicos a una entidad en la que el médico (o un miembro de su familia) tiene intereses financieros, a menos que aplique una excepción.

Servicios de salud específicos:

- Servicios de laboratorio clínicos
- Terapia física, ocupacional, o servicios patológicos ambulatorios de terapia de habla
- Radiología y otros servicios de imágenes
- Servicios de terapia de radiación y suplidos relacionados
- Equipo médico duradero y suplidos relacionados
- Nutrición parenteral y enteral, equipo y suplidos relacionados
- Prótesis, aparatos ortopédicos y suplidos relacionados
- Servicios de salud en el hogar
- Medicamentos recetados ambulatorios
- Servicios hospitalarios para pacientes admitidos y ambulatorios

# Daños y Penalidades

Reclamaciones a Medicare viciadas por un acuerdo en incumplimiento con la Ley Stark no son pagaderas. Se puede imponer una multa de aproximadamente **\$25,000** por cada servicio prestado. También, puede haber una multa de hasta **\$160,000** por participar en un acuerdo o esquema ilegal.

Para más información, visite la página web de Autoreferido Médico y la sección 1877 del Acta del Seguro Social.

## EJEMPLO

Se le ordenó a un hospital en California pagar más de \$3.2 millones para resolver las violaciones a la Ley Stark por mantener 97 relaciones financieras con médicos y grupos médicos que estaban fuera de los estándares de valor razonable de mercado o que fueron erróneamente documentadas como excepciones.

# Ley de Sanciones Monetarias Civiles

La Ley de Penalidades Monetarias Civiles (CMPL) (42 USC 1320a-7a) autoriza a la Oficina del Inspector General (OIG, por sus siglas en inglés) a imponer Penalidades Monetarias Civiles (CMP's) y, a veces, hasta excluir, por una variedad de violaciones de fraude en el cuidado de la salud. Las violaciones que deben justificar Penalidades Monetarias Civiles incluyen:

- Coordinar servicios o artículos de una entidad o individuo excluido
- No permitirle a la OIG acceso oportuno a los expedientes
- Someter una reclamación, a sabiendas, de un artículo o servicio que no fue provisto en la manera en la que fue reclamado o que es falso o fraudulento
- Someter una reclamación, a sabiendas, por un artículo o servicio para el cual no amerita un pago
- Violaciones a la Ley Civil de Reclamaciones Falsas
- Violaciones a las disposiciones de Medicare, según requerido
- Violaciones al acuerdo de pago al médico de Medicare
- Proveer información falsa o engañosa con el propósito de influenciar una decisión de alta
- No proporcionar un examen médico a pacientes que se presentan en la sala de emergencias de un hospital con una condición médica de emergencia o en proceso de parto
- Hacer declaraciones falsas o engañosas en solicitudes o contratos para participar en programas de cuidado de salud federal.

Para más información, vea la Sección 1128A(a) del Acta del Seguro Social

# Daños y Penalidades

Las penalidades fluctúan varían dependiendo de la violación. Las penalidades pueden ser de aproximadamente \$10,000-\$50,000 por violación. Las Penalidades Monetarias Civiles pudieran incluir hasta tres veces la cantidad reclamada por artículo o servicio; o hasta tres veces la remuneración ofrecida, pagada, solicitada o recibida.

## EJEMPLO

Una farmacia de California y su dueño acordaron pagar sobre \$1.3 millones al llegar a un acuerdo por alegaciones de haber presentado reclamaciones, sin fundamento, a la Parte D de Medicare por medicamentos recetados de marca los que, de acuerdo con los registros de inventario, la farmacia no pudo haber despachado

# Ley de Exclusión

La Ley de Exclusión (42USC 1320a-7) requiere que la OIG excluya de participar en todos los programas de cuidado de salud federal a individuos y entidades que hayan sido convictos en relación con las siguientes ofensas:

- Fraude a Medicare o Medicaid, así como también otras ofensas relacionadas a servicios o artículos de Medicare que hayan sido brindados
- Abuso al paciente o negligencia al paciente
- Condenas por delitos relacionados al fraude, robo o malas conductas financieras en el cuidado de la salud

La OIG también mantiene la página web de la Lista de Individuos y Entidades Excluidas (LEIE, por sus siglas en inglés).

La Administración de Servicios Generales de Estados Unidos (GSA, por sus siglas en inglés) administra el Sistema de Registro / Lista de Participantes Excluidos (Excluded Parties List System - EPLS, por sus siglas en inglés), que permite a varias agencias, incluyendo la OIG, a tomar medidas para excluir.

Cuando busque a individuos y entidades excluidas, verifique tanto el LEIE como el EPLS, ya que las listas no son iguales. Para más información, vea el 42 CFR 1001.1901.

# Ejemplo

Una compañía farmacéutica se declaró culpable de dos cargos de fraude criminal al no poder presentar informes requeridos por la Administración de Drogas y Alimentos relacionados con tabletas de sulfato de morfina más grandes. El ejecutivo de la compañía farmacéutica fue excluido a partir de la declaración de culpabilidad de la empresa. Al momento de la exclusión del aún no convicto ejecutivo, había evidencia que lo señalaba como implicado en los actos de conducta indebida que desembocaron en la condena de la empresa.

# Ley de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro Médico (HIPAA, por sus siglas en inglés)

La Ley HIPAA creó un mayor acceso a los seguros de cuidado de salud, fortaleció la protección de la privacidad de la información del cuidado de la salud, y promovió la estandarización y la eficiencia en la industria del cuidado de la salud.

La Ley HIPAA es una salvaguarda para prevenir el acceso no autorizado a información protegida de cuidado de salud. Como individuo que tiene acceso a información protegida de cuidado de salud, usted debe cumplir con HIPAA.

## **Daños y Penalidades**

Las infracciones pueden resultar en Sanciones Monetarias Civiles. En algunos casos, pueden aplicar penas criminales.

## **EJEMPLO**

Un ex empleado de un hospital se declaró culpable de cargos criminales bajo HIPAA después de obtener información protegida de salud con la intención de usarla para su beneficio personal. Fue condenado a 12 meses y 1 día en prisión.

# Resumen

Existen diferencias entre fraude, pérdida y abuso (FWA). Una de las principales diferencias son la **intención** y el **conocimiento**. El fraude es presentar o hacer que se presenten, reclamaciones falsas o hacer declaraciones engañosas, a sabiendas, con la intención de obtener pago por un cuidado de salud federal, por el cual, de otro modo, no existiría ningún derecho. La Pérdida y el Abuso pueden implicar pagos indebidos, pero no requieren la misma intención y conocimiento.

Existen leyes y reglamentos que prohíben el FWA. Las sanciones por violar estas leyes pueden incluir:

- Sanciones Monetarias Civiles
- Procesamiento Civil
- Condenas criminales, multas o ambas
- Exclusión de participar en todos los programas de cuidado de salud Federales
- Encarcelamiento
- Pérdida de licencia profesional

# ¿Dónde encajo yo en todo esto?

Como individuo que provee servicios de salud o administrativos a los afiliados de la Parte C o Parte D de Medicare, con toda probabilidad usted es empleado/a de un:

- Patrocinador (Ejemplos: Compañía Medicare Advantage [MAO] o un Plan de Medicamentos Recetados [PDP])
- Contratista (Ejemplos: Administración de Beneficios Farmacéuticos [PBM], hospital o institución de cuidado de salud; grupo de proveedores; oficina médica; laboratorio clínico; compañía de servicio al cliente; compañía de procesamiento y adjudicación de reclamaciones; compañía que maneja afiliaciones, desafiliaciones y funciones de membresía, y agentes de ventas contratados)
- Subcontratista (Ejemplos: farmacias, oficina médica, compañías que proveen servicios de agente / broker, compañías de mercadeo y centros de llamadas)
- Entidad Relacionada (Ejemplos: Entidad con propiedad o control común de un Patrocinador, proveedor de promoción de la salud o SilverSneakers®)

# Soy empleado de un Patrocinador de un Plan de la Parte C o empleado de un FDR de un Patrocinador de un Plan de la Parte C.

- Un Patrocinador de un Plan de la Parte C es un Contratista de CMS. Los Patrocinadores de Planes de la Parte C pueden tener contratos con FDRs. Los Contratistas y Entidades Relacionadas del Patrocinador del Plan de la Parte C de Medicare pueden contratar a Subcontratistas para cumplir con las obligaciones contractuales que tienen con el Patrocinador.
- Ejemplos de Contratistas pueden ser prácticas independientes, centros de llamadas, servicios de salud / grupos de hospitales, proveedores de servicios de logística, compañías de mercadeo de campo y compañías de credencialización. Si el Contratista es una práctica independiente, entonces un proveedor puede ser un Subcontratista. Si el Contratista es un grupo de servicios médicos / hospitales, entonces radiología, hospital o instituciones de salud mental pueden ser Subcontratistas. Si el Contratista es una compañía de mercadeo de campo, entonces los agentes pueden ser Subcontratistas. Los Subcontratistas pueden contratar a otros Subcontratistas. Los hospitales e instituciones de salud mental pueden hacer contratos con proveedores.

# Soy empleado de un Patrocinador de un Plan de la Parte D o empleado de un FDR de un Patrocinador de un Plan de la Parte D.

- Un Patrocinador de un Plan de la Parte D es un Contratista de CMS. Los Patrocinadores de Planes de la Parte D pueden tener contratos con FDRs. Este diagrama de la relación entre los accionistas muestra ejemplos de las funciones relacionadas con los contratos de Medicare Parte D del Patrocinador. Los Contratistas y Entidades Relacionadas del Patrocinador del Plan de la Parte D de Medicare pueden contratar a Subcontratistas para cumplir con las obligaciones contractuales que tienen con el Patrocinador.
- Ejemplos de Contratistas incluyen centros de llamadas, PBMs y compañías de mercadeo de campo. Si el contratista es un PBM, entonces la farmacia, la compañía de mercadeo de campo, la compañía de control de calidad y la compañía de procesamiento de reclamaciones pudieran ser Subcontratistas. Si el Contratista es una compañía de mercadeo de campo, entonces los agentes pudieran ser Subcontratistas.

# ¿Cuáles Son Sus Responsabilidades?

Usted tiene un rol importante en la prevención, detección y notificación de posible FWA, así como el incumplimiento con Medicare.

## PRIMERO

Debe cumplir con todos los requisitos estatutarios (legales) y regulatorios, entre otros, que apliquen de la Parte C y la Parte D de Medicare, incluyendo la adopción y utilización de un programa de cumplimiento efectivo.

## SEGUNDO

Usted tiene un deber para con el Programa Medicare de informar cualquier inquietud de cumplimiento, así como sospechas o conocimiento real de fallas de cumplimiento que pueda tener.

## TERCERO

Usted tiene el deber de seguir el Código de Conducta de su compañía ya que el mismo expresa su compromiso y el de su compañía para con los estándares de conducta y las normas éticas de comportamiento.

# ¿Cómo se previene el FWA?

- Esté alerta ante cualquier actividad sospechosa
- Compórtese de manera ética
- Asegúrese de usar datos y de facturar con precisión y puntualidad
- Asegúrese de coordinar con otros pagadores
- Manténgase al día con las políticas y procedimientos de FWA, estándares de conducta, leyes, reglamentos y la guía de los Centros de Servicios de Medicare & Medicaid (CMS)
- Verifique toda la información que reciba

# Manténgase Informado Sobre Políticas y Procedimientos

Conozca las políticas y procedimientos de su entidad.

Cada Patrocinador y FDR debe contar con políticas y procedimientos para lidiar con FWA. Estos procedimientos le ayudarán a identificar, prevenir, reportar y corregir FWA.

Los Estándares de Conducta deben expresar las expectativas del Patrocinador con respecto a que:

- Todos los empleados actúen de manera ética
- Los mecanismos apropiados están implantados para que cualquiera pueda reportar el incumplimiento o posible FWA
- Los problemas reportados serán atendidos y corregidos

Los Estándares de Conducta les informan a los empleados y FDRs que el cumplimiento es responsabilidad de todos en la compañía, en todos los niveles

# Denuncie el FWA

Todos debemos reportar sospechas de FWA. El Código de Conducta de su Patrocinador debe claramente indicar esta obligación. Los Patrocinadores no pueden tomar represalias en contra suya por hacer una denuncia de buena fe.

Denuncie cualquier inquietud de FWA a su Departamento de Cumplimiento o al Departamento de Cumplimiento de su Patrocinador. El Departamento de Cumplimiento de su Patrocinador investigará y tomará la determinación que corresponda. Por lo regular, los Patrocinadores tienen una Unidad de Investigaciones Especiales (SIU, por sus siglas en inglés) dedicada a la investigación de FWA.

También pueden tener una Línea Directa de Ayuda de FWA.

- Cada Patrocinador debe tener un mecanismo para que empleados y FDRs informen sobre posibles casos de FWA.
- Cada Patrocinador debe aceptar informes anónimos y no puede tomar represalias en contra suya por informar.
- Revise los manuales de su compañía para conocer las maneras de reportar FWA.
- Si tiene dudas, llame a su Departamento de Cumplimiento o a la Línea de Ayuda de FWA.

# Reportar FWA Fuera de Su Compañía

Si se justifica, los Patrocinadores y los FDRs deben informar sobre conductas potencialmente fraudulentas a las autoridades gubernamentales, tales como la OIG, el Departamento de Justicia, o CMS.

Individuos o entidades que voluntariamente deseen divulgarle a la OIG fraudes potenciales que han descubierto, lo pueden hacer bajo el Protocolo de Divulgación Voluntaria (Self-Disclosure Protocol / SDP). La divulgación voluntaria ofrece a los proveedores la oportunidad de evitar los costos y las interrupciones relacionadas con las investigaciones realizadas por el Gobierno y por los litigios civiles o administrativos.

# Detalles Que Incluir Cuando Reporte FWA

Cuando reporte sospechas de FWA, debe incluir:

- La información de contacto para la fuente de información, los sospechosos y los testigos
- Detalles del presunto FWA
- Identificación de las reglas de Medicare presuntamente rotas
- Historial de cumplimiento de la parte sospechosa, educación, adiestramiento y comunicación con su compañía u otras entidades

# Dónde reportar FWA

Oficina del Inspector General del  
Departamento de Salud y Servicios  
Humanos (HHS, por sus siglas en inglés):

- Tel: 1-800-HHS-TIPS (1-800-447-8477) o TTY: 1-800-377-4950
- Fax: 1-800-223-8164
- Correo electrónico:  
[HHSTips@oig.hhs.gov](mailto:HHSTips@oig.hhs.gov)
- En la web:  
<https://forms.oig.hhs.gov/hotlineoperations/index.aspx>

## Para Medicare Partes C y D:

- Investigations Medicare Drug Integrity Contractor (I MEDIC) al 1-877-7SafeRx (1-877-772-3379)

Para otros Programas Federales de Cuidado de Salud:

- Línea de Ayuda de CMS: 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) o TTY: 1-877-486-2048

Página web para beneficiarios de Medicare:

[Medicare.gov/forms-help-and-resources/report-fraud-and-abuse/fraud-and-abuse.html](https://www.medicare.gov/forms-help-and-resources/report-fraud-and-abuse/fraud-and-abuse.html)

# Medidas correctivas

- Una vez se identifique fraude, pérdida o abuso (FWA), este debe corregirse con prontitud. Corregir el problema le ahorra dinero al gobierno y asegura el cumplimiento con los requisitos de CMS.
- Desarrolle un plan para corregir la situación. Consulte con el Oficial de Cumplimiento de su compañía sobre el proceso de desarrollo del plan de acción correctiva. La versión final de este plan varía dependiendo de las circunstancias específicas. En general:
  - Con el propósito de evitar incumplimiento en el futuro, diseñe un plan de acción correctiva para corregir el FWA que tuvo como resultado infracciones al programa.
  - Adapte las medidas correctivas para atacar el problema específico o la deficiencia FWA identificada. El mismo debe incluir periodos de tiempo para acciones específicas.
  - Documente las medidas correctivas dirigidas al incumplimiento o a FWA cometido por un empleado del Patrocinador o un empleado del FDR e incluya las consecuencias de no completar la medida correctiva exitosamente.
  - Una vez comenzado, monitorear periódicamente las acciones correctivas para comprobar que son efectivas.

# Ejemplos de Medidas Correctivas

Las medidas correctivas pueden incluir:

- Adoptar correcciones / revisiones de prepago o requisitos de revisión de documentación
- Adiestramientos obligatorios
- Proveer materiales educativos
- Revisión de políticas y procedimientos
- Envío de Cartas de Amonestación
- Medidas disciplinarias, tales como suspender el mercadeo, la afiliación o los pagos
- Despido del empleado o proveedor

# Indicadores de posible FWA

Ahora que ya conoce sobre su rol en cuanto a prevenir, reportar y corregir FWA, repasemos varios indicadores clave que le ayudarán a reconocer las señales de que alguien está cometiendo FWA.

A continuación, se muestran situaciones con potencial para FWA. Cada una provee preguntas que debe hacerse sobre diferentes áreas, dependiendo de su rol como empleado de un Patrocinador, farmacia u otra entidad que provea beneficios a beneficiarios de las Partes C y D de Medicare.

# Indicadores clave: Posibles Conflictos con Beneficiarios

- ¿La receta, expediente médico o examen de laboratorio luce alterado o falsificado?
- ¿El historial médico del beneficiario respalda el servicio solicitado?
- ¿Ya ha despachado varias recetas iguales para este beneficiario, posiblemente hechas por diferentes médicos?
- ¿Es la persona quien recibe el servicio médico el beneficiario? (Robo de Identidad)
- ¿El medicamento recetado es apropiado tomando en cuenta los otros medicamentos recetados a este beneficiario?

# Indicadores clave: Posibles Conflictos con Proveedores

- ¿Los medicamentos recetados por este proveedor son apropiados para la condición de salud de este beneficiario? (Medicamento Necesarios)
- ¿Este proveedor le factura al Patrocinador por servicios no provistos?
- ¿Este proveedor receta una variedad de medicamentos o solo medicamentos controlados?
- ¿Este proveedor está brindando servicios médicamente innecesarios para este beneficiario?
- ¿Este proveedor está recetando una cantidad mayor de la que es médicamente necesaria para la condición?
- ¿El Identificador Nacional de Proveedor (National Provider Identifier / NPI), activo y válido de este proveedor, aparece en la receta?
- ¿Está el diagnóstico del paciente documentado en el expediente médico?

# Indicadores clave: Posibles Conflictos con Farmacia

- ¿Los medicamentos destinados a égidas, hospicios y otras entidades se están desviando y enviando a otros lugares?
- ¿Se están despachando medicamentos expirados, falsificados, diluidos o ilegales?
- ¿Se están despachando medicamentos genéricos cuando la receta indica que se deben despachar medicamentos de marca?
- ¿Se le está facturando a los PBMs por recetas no despachadas o recogidas?
- ¿Se están tomando las medidas correspondientes si la receta no se despacha completa (no se aplican cargos adicionales por despachos parciales)?
- ¿Ha visto cambios/alteraciones en recetas (Cambios de Cantidad o Despache Según Se Indica)?
- ¿Están los servicios de facilitación de elegibilidad (E1) y la información que proporcionan utilizados para fines distintos a determinar la elegibilidad del paciente?

# Indicadores clave:

## Posibles Conflictos con Droguerías / Mayoristas

- ¿El mayorista / la droguería está distribuyendo medicamentos falsos, diluidos, expirados o importados ilegalmente?
- ¿El mayorista / la droguería está desviando medicamentos destinados para égidias, hospicios y clínicas de SIDA, luego sube los precios y los envía a droguerías más pequeñas o a farmacias?

# Indicadores clave:

## Posibles Conflictos con:

### Fabricantes

- ¿El fabricante promueve el uso no indicado (off-label use) de medicamentos?
- ¿El fabricante provee muestras a instituciones aun sabiendo que estas facturan por las mismas a programas de cuidado de salud federales?

### Patrocinadores

- ¿El Plan / Patrocinador alienta / promueve el que se presenten ajustes de riesgo inapropiados?
- ¿El Plan / Patrocinador hace creer al beneficiario que el costo de sus beneficios es más bajo de lo que realmente es?
- ¿El Plan / Patrocinador ofrece efectivo para que los beneficiarios se afilien al plan?
- ¿El Plan / Patrocinador utiliza agentes de ventas sin licencia?

# Resumen

Como persona que provee servicios administrativos o de salud a un afiliado de las Partes C y D de Medicare, usted tiene un rol importante en la prevención de fraude, abuso y pérdida (FWA). Compórtese de manera ética, manténgase informado sobre las políticas y procedimientos de su compañía y esté al pendiente de los indicadores claves de posible FWA.

Reporte sospechas de FWA. Todo Patrocinador debe tener mecanismos para reportar sospechas de FWA. Cada Patrocinador tiene que aceptar informes anónimos y no puede tomar represalias en su contra por haber informado.

Corrija con prontitud cualquier situación de FWA identificada con un plan de acción correctiva efectivo.

# Informe violaciones éticas, de cumplimiento, fraude, pérdida y abuso,

de manera confidencial, accediendo:

[www.mmmpr.ethicspoint.com](http://www.mmmpr.ethicspoint.com)

O, llamando al



# Adiestramiento de Plan Vital

# Programa de Medicaid:

Medicaid es un programa del Gobierno Federal que aporta beneficios a los estados y territorios americanos, incluyendo Puerto Rico para pagar los gastos médicos de ciertos grupos de personas de bajos recursos.

- Efectivo el 1 de octubre de 2010, el Programa de Salud del Gobierno creó nuevos objetivos de política pública para transformar el sistema de salud de Puerto Rico.
- Para así, promover un enfoque integrado hacia la salud física y mental, y mejorar el acceso a servicios de cuidado primario y especializado de calidad.
- Bajo esta política el programa de salud del gobierno, previamente conocido como “Reforma”, se transformó en “Mi Salud”, posteriormente cambio a Plan de Salud de Gobierno (PSG).
- Desde el 1 de noviembre de 2018 el nombre del programa cambió a Plan Vital. En este modelo, los beneficiarios pueden escoger a su médico primario y grupo médico en cualquier parte de Puerto Rico.

## Medicaid





# ASES



La Ley Núm. 113 de 2 de junio de 1976, según enmendada, conocida como "Ley de Organizaciones de Servicios de Salud", incorporada en el Código de Seguros de Puerto Rico (Art. 19.020 et seq.) establece que la Administración de Seguros de Salud de Puerto Rico (ASES) es la responsable de implementar, administrar y negociar a través de contratos con Aseguradoras u organizaciones de Servicios de Salud, un sistema de seguro de salud que proporcione a todos los residentes de la isla, acceso a atención médica hospitalaria de calidad, independientemente de la condición económica y la capacidad de pago de quienes lo requieran.

## **Centros de Llamadas**

Tel.: 787-474-3300 / 1-800-981-2737

Para más información <https://www.asespr.org/>



# Plan Vital

El modelo de Plan Vital estableció una región de servicio para toda la isla desde el 2018.

En septiembre de 2022, el gobierno de Puerto Rico anunció que las mismas aseguradoras que hasta entonces se mantenían ofreciendo servicios a los beneficiarios del Plan Vital revalidaron para un nuevo contrato por un término de 3 años. Estas son:

- **MMM Multi Health**
- First Medical Health Plan
- Plan de Salud Menonita
- Triples S Salud

# Población Foster Care Children & Población Sobreviviente de Violencia Doméstica

# Población *Foster Care* y Víctimas Sobrevivientes de Violencia Doméstica

- Conocida comúnmente como la Región Virtual.
- Desde enero 2023, MMM MH se encarga del manejo y necesidad de esta población.

## **Esta región comprende a todos los beneficiarios bajo la custodia;**

- Departamento de la Familia (ADFAN)
  - ✓ Niños y jóvenes de 0-21 años cumplidos ( una vez cumplen los 21 años salen del programa)
- Oficina de la Procuradora de la Mujer
  - ✓ Población sobreviviente a violencia de genero

# Población *Foster Care* y Víctimas Sobrevivientes de Violencia Doméstica

- MMM MH tiene personal dedicado para atender esta población.
- La persona encargada de la coordinación de citas, comunicaciones y otros asuntos con las agencias del gobierno lo es la Sra. Myriam Rivera Molina, Directora de Trabajo Social ; y podrá ser contactada a través de su correo electrónico: [Myriam.Rivera-Molina@mso-pr.com](mailto:Myriam.Rivera-Molina@mso-pr.com)
- El Departamento de Servicio al Beneficiario “Member Service” tiene recursos dedicados a servir de enlace con el Departamento de Trabajador Social.

**Importante: Ningún empleado está autorizado a proveer información relacionada a esta población.**

## La población Virtual tiene las siguientes características:

No se asigna PCP

No se asigna PMG

Tienen turnos preferenciales en las oficinas e instalaciones médicas

Tienen acceso a toda la Red de Proveedores de MMM Multi Health

No necesitan referido

Las tarjetas y cartas de bienvenida NO se envían por correo

Las entregaremos una vez a la semana al contacto del organismo que atiende al paciente (Familia, violencia doméstica)

Solo empleados autorizados tienen acceso a la información de esta población



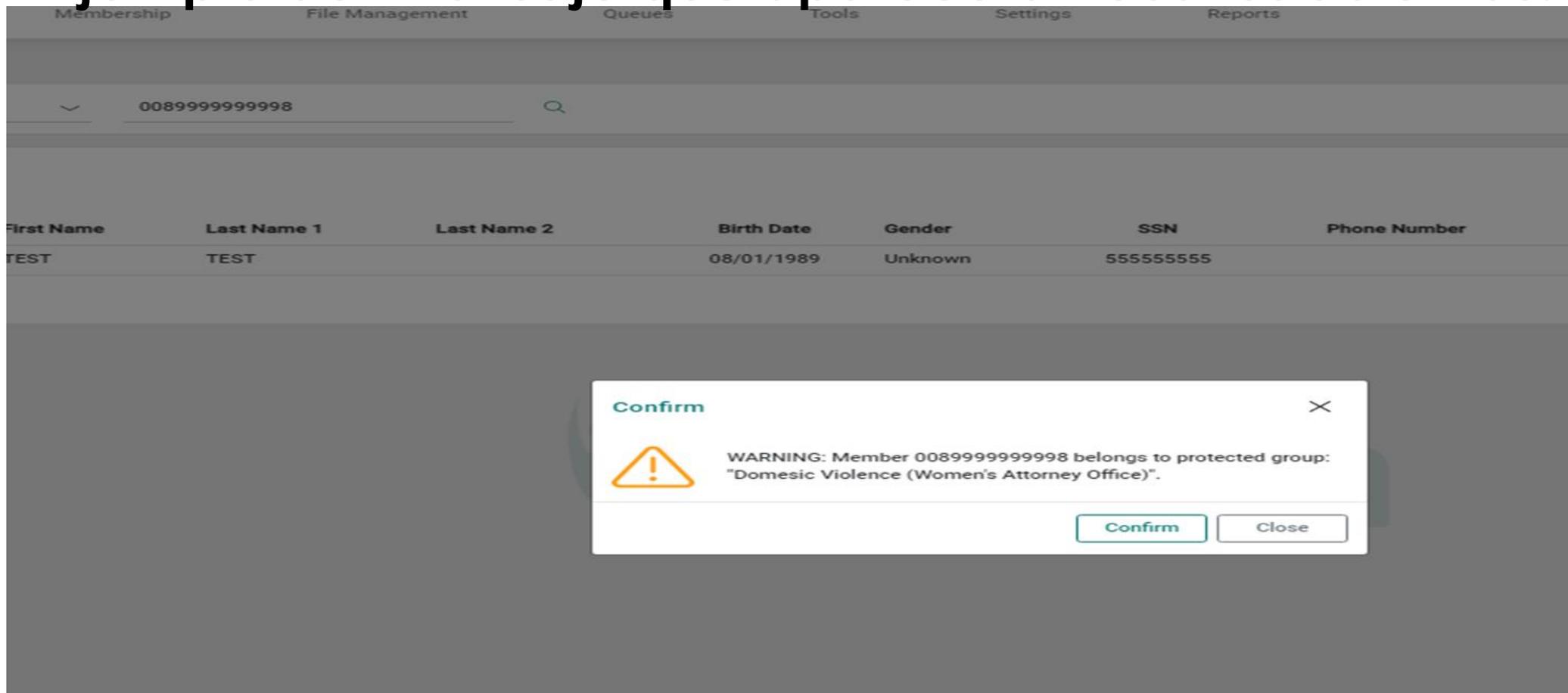
Se crearon restricciones en nuestros sistemas con este propósito (C3PO/EMMA)



Si usted recibe cualquier situación relacionada a esta población, por favor, notifique inmediatamente a su supervisor.

## Confidencialidad

Ejemplo del mensaje que aparecerá en nuestros sistemas:



The screenshot shows a web application interface with a navigation menu at the top: Membership, File Management, Queues, Tools, Settings, and Reports. Below the menu is a search bar containing the ID 0089999999998. A table displays member information:

First Name	Last Name 1	Last Name 2	Birth Date	Gender	SSN	Phone Number
TEST	TEST		08/01/1989	Unknown	55555555	

A "Confirm" dialog box is displayed in the foreground with the following text:

**Confirm** [Close]

 **WARNING:** Member 0089999999998 belongs to protected group: "Domesic Violence (Women's Attorney Office)".

[Confirm] [Close]

# Determinantes Sociales de la Salud (DSS)

# ¿Qué son los Determinantes Sociales de la Salud?



De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud, los determinantes sociales de la salud son "las circunstancias en que las personas nacen, crecen, trabajan, viven y envejecen, incluido el conjunto más amplio de fuerzas y sistemas que influyen sobre las condiciones de la vida cotidiana".



Las fuerzas y condiciones incluyen el sistema político, factores económicos, ambientales, culturales, sociales y, visto a nivel individual, se refiere a factores relacionados a la educación, empleo, redes de apoyo, vivienda y acceso a servicios médicos y de índole social.



Todas las condiciones antes descritas varían de persona en persona, así como en los subgrupos poblacionales. Estas diferencias dan paso a desigualdades que, en instancias pueden ser inevitables, pero también pueden ser atendidas y eventualmente prevenibles.

# Determinantes Sociales de la Salud

---

Es un programa clínico en que la participación será voluntaria, el beneficiario puede optar por no participar y salir de este en cualquier momento.

---

Se deben establecer asociaciones a lo largo de todo el proceso de atención, incluso con otras organizaciones de atención de salud y organizaciones comunitarias.

---

Cada plan será establecido de manera individual y con la intervención directa del participante, esto con el propósito que refleje sus prioridades, intereses y necesidades. La participación en el programa es un beneficio que se determinará de manera individual.

# Responsabilidades de MMM Multi Health:

- Evaluar las necesidades de los beneficiarios relacionadas con los determinantes sociales de la salud utilizando una herramienta de detección estandarizada proporcionada por ASES.
- Referir los beneficiarios a los servicios y el apoyo de la comunidad, según sea necesario, basado en los resultados de la evaluación de determinantes sociales.
- Ofrecer seguimiento a los referidos para servicios sociales e incluir a los trabajadores sociales o comunitarios de la salud en los equipos de coordinación de la atención y en otras iniciativas de coordinación de la atención que promuevan una atención holística y centrada en el beneficiario en contextos médicos y no médicos.
- En el escenario que los resultados de la evaluación inicial demuestren que el beneficiario necesita servicios específicos relacionados con los determinantes sociales de la salud, se tiene que garantizar que las actividades detalladas en el contrato sean realizadas por un trabajador social o trabajador comunitario de salud.

# Regla de Interoperabilidad

## ¿Qué es la regla de interoperabilidad de los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS)?

Es un mandato de CMS que permite ampliar el acceso de los pacientes a su información de salud protegida, de manera electrónica. Todos los planes Medicaid y Medicare Advantage deben cumplir este mandato.

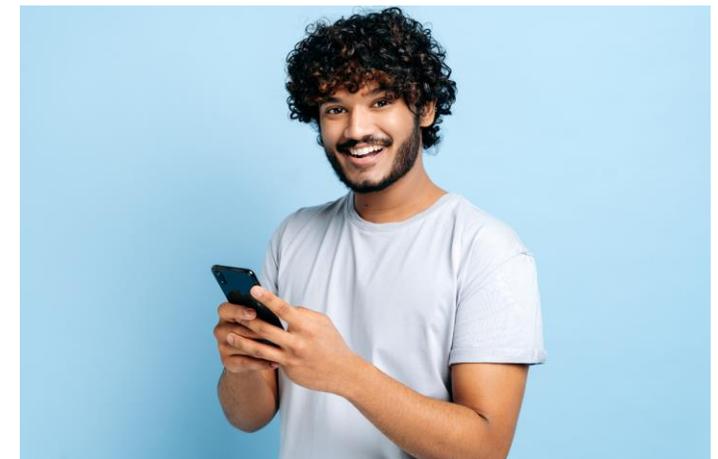
### ¿Cuál es el propósito de la regla?

La intención es facilitar un mayor acceso del paciente a su información de salud protegida (PHI), para ayudarlo a involucrarse más en sus decisiones de atención médica, reduciendo la probabilidad de pruebas duplicadas y otras ineficiencias.

Este acceso a intercambio de información de salud (interoperabilidad) ayuda a garantizar que los proveedores tengan acceso al historial médico de un individuo para tomar decisiones clínicas informadas, lo que puede conducir a un mejor cuidado coordinado.

### ¿Qué implica esta regla?

Nuestros beneficiarios pueden descargar y registrarse en una aplicación externa de su elección, y dirigir esa aplicación para bajar y acceder a la información de salud que tengamos disponible.



# Segunda Opinión

# Segunda Opinión

Todo asegurado bajo la cubierta de Plan Vital tiene el derecho de solicitar una segunda opinión médica ;

- ✓ MMM MH proporcionará una segunda opinión en cualquier situación en la que exista una duda con respecto a un diagnóstico, las opciones de cirugía o los tratamientos alternativos de una afección de salud cuando lo solicite cualquier Inscrito, o un padre, tutor u otra persona que ejerza una responsabilidad de custodia sobre el Inscrito.
- ✓ La segunda opinión será proporcionada por un proveedor de la red cualificado o, si un proveedor de la red no está disponible, MMM MH coordinará con un proveedor fuera de la red de ser necesario.
- ✓ La segunda opinión se proporcionará sin costo alguno para el beneficiario.

# Segunda Opinión

MMM MH cuenta con esta información en:

- Página Web-  
<https://www.multihealth-vital.com/proteccion.html>
- Manual del beneficiario
- Guía del proveedor
- Políticas internas



The screenshot shows the Vital website interface. At the top, there are logos for MMM multihealth and Vital, along with a search bar and language options. A navigation menu includes links for Inicio, Elegibilidad, Beneficios, Red de Proveedores, Formulario de Medicamentos, Apelaciones y Querellas, Para tu protección, Educación y Prevención, Contáctanos, Términos Importantes, Proveedores, and Sobre Nosotros. The main content area is titled 'PARA SU PROTECCIÓN' and 'TUS DERECHOS'. A sidebar on the left contains buttons for 'TUS DERECHOS', 'TUS RESPONSABILIDADES', 'DIRECTRICES ANTICIPADAS', 'FRAUDE Y ABUSO', 'REGISTRO DE CUIDADORES', and 'REGLA DE INTEROPERABILIDAD'. The main text states 'Usted tiene el derecho a:' followed by a list of rights.

Usted tiene el derecho a:

- Ser tratado con respeto y de una manera digna.
- Recibir información escrita de su Aseguradora en inglés y español y traducida a cualquier otro idioma. También tiene derecho a recibir información escrita en un formato alterno. Después, usted tiene el derecho de recibir toda la información escrita en el futuro en ese mismo formato o idioma, a menos que usted le diga lo contrario a su Aseguradora.
- Recibir información sobre su Aseguradora, facilidades de cuidado de salud, profesionales del cuidado de la salud, servicios de salud cubiertos, y cómo acceder a los servicios.
- Elegir su Grupo Médico Primario, su PCP, y otros doctores y proveedores dentro de su Red de Proveedores Preferidos.
- Escoger un dentista y farmacia dentro de la red de su Aseguradora.
- Comunicarse con sus doctores cuando usted lo desee y en privado.
- Recibir el cuidado médicamente necesario que es correcto para usted, cuando lo necesita. Esto incluye recibir servicios de emergencia, 24 horas al día, 7 días a la semana.
- Que se le explique en una manera fácil de entender sobre su cuidado y todos los diferentes tipos de tratamiento que podrían trabajar para usted, no importa lo que cuesten o incluso si no están cubiertos.
- Ayuda para tomar decisiones sobre su cuidado de salud. Usted puede rechazar el cuidado.
- [Pedir una segunda opinión para un diagnóstico o plan de tratamiento.](#)
- Hacer una Directriz Anticipada. Vea [aquí](#) para más información.



# Departamento de Cumplimiento- Medicaid



# Visión

La Administración de Seguros de Salud (ASES), al igual que los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (“CMS”, por sus siglas en inglés), requieren adiestramientos durante los primeros noventa (90) días desde el comienzo de contratación y luego adiestramientos anuales sobre los programas de Cumplimiento, Integridad (Fraude, Desperdicio y Abuso “FWA” por sus siglas en inglés) Código de Conducta corporativa, Privacidad y Seguridad para las organizaciones y entidades que proveen y/o administran servicios de Salud.

MMM MH Vital está comprometido con la ética, el cumplimiento corporativo y todas las leyes, regulaciones y guías que rigen los requisitos del Programa de Medicaid.



# Compliance Officer–Medicaid

## Liza Rivera Ortiz



---

### **Roles y Responsabilidades del Oficial de Cumplimiento:**

---

Estar al tanto sobre cambios regulatorios y/o enmiendas contractuales e informar a todas las áreas operacionales;

---

Mantener una comunicación continua y efectiva con las entidades reguladoras;

---

Evaluar desempeño de las operaciones y requerir acciones correctivas y disciplinarias de ser necesario;

---

Mantener informados a la alta gerencia de MMM MH Vital sobre todos los aspectos y requisitos regulatorios;

---

Identificar, corregir y dar seguimientos a los aspectos que pueden representar un nivel de riesgo corporativo, que hayan sido identificados de forma interna o externa;

---

Proveer un ambiente de “puertas abiertas” para el fácil acceso de los empleados en donde puedan referir y atender los aspectos regulatorios, sin temor a represalias.

---

Apoyar todos los esfuerzos de Cumplimiento establecidos a través de la empresa.



# ¿Cuál es mi responsabilidad como Individuo, Empleado, Contratista o Subcontratista de MMM MH Vital?



Cumplir con todos los requerimientos, estatutos y regulaciones de ASES y Medicaid, políticas y procedimientos corporativos y el código de ética y conducta corporativa.



Reportar cualquier violación sobre comportamiento no ético, sospecha de fraude, desperdicio, abuso, privacidad o seguridad, a la gerencia y/o a la Oficial de Cumplimiento de Medicaid.



Cumplir con todos los adiestramientos operacionales, regulatorios y de Cumplimiento que son parte de los programas de Cumplimiento e Integridad de PSG.



# Agencias Regulatorias atentas con el FWA



# ¿Cómo Reportar cualquier situación de no cumplimiento si eres beneficiario, proveedor o FDRs ?

- Por Internet a través de la página “Ethics Point” (por su nombre en inglés): [www.psg.ethicspoint.com](http://www.psg.ethicspoint.com)
- Línea telefónica de “Ethics Point”: 1-844-256-3953
- Refiere a través de correo electrónico: : [VitalSIU@mmmhc.com](mailto:VitalSIU@mmmhc.com)

Todo **empleado de MMM** tiene la responsabilidad de reportar cualquier situación de conducta inapropiada :

Sospechas u observas cualquier conducta inapropiada, incluyendo violaciones al Código de Conducta, políticas y procedimientos de la compañía, leyes y regulaciones o alguna otra situación, usted debe reportar a través de;

1. Hablar con su supervisor inmediato
2. Completar la solicitud a través de la web: [elevancehealthethicshelpline.com](http://elevancehealthethicshelpline.com)
3. Llamar a la línea de ayuda de Ética & Cumplimiento: (877-725-2702)
4. Enviar un correo electrónico a: [ethicsandcompliance@elevancehealth.com](mailto:ethicsandcompliance@elevancehealth.com)
5. Enviar una carta a la siguiente dirección:

**Ethics Department**  
**VP, Chief Ethics and Privacy Officer**  
**220 Virginia Avenue**  
**Indianapolis, IN 46204 United States**



# Información de Contacto:

---

**Departamento de Cumplimiento - Vital**

---

**Shahayra Aguilú Benítez**

---

**Gerente de Cumplimiento-Medicaid**

---

Cel.787-402-9737

---

Correo electrónico: [shahayra.aguilu@mmmhc.com](mailto:shahayra.aguilu@mmmhc.com)

---

**Liza Rivera-Ortiz**

---

**Oficial de Cumplimiento - Medicaid**

---

P.O. Box 71114

---

San Juan, PR 00936-8014

---

Cel. 787-918-7332

---

Correo electrónico: [liza.rivera@mmmhc.com](mailto:liza.rivera@mmmhc.com)

# Materiales de Mercadeo

# Materiales de Mercadeo

- Todo tipo de comunicación por parte de MMM MH a cualquier persona elegible o posible beneficiario que pueda interpretarse razonablemente como una intención de influir en el individuo, para que se inscriba con nosotros, para que no se inscriba en otro plan, o para que se desafilie de otro plan, se considera como mercadeo.
- Además, también se describe como material de mercadeo a cualquier material producido en cualquier medio, por MMM MH o en su nombre, y que puedan interpretarse razonablemente como destinados a comercializar con los posibles inscritos.



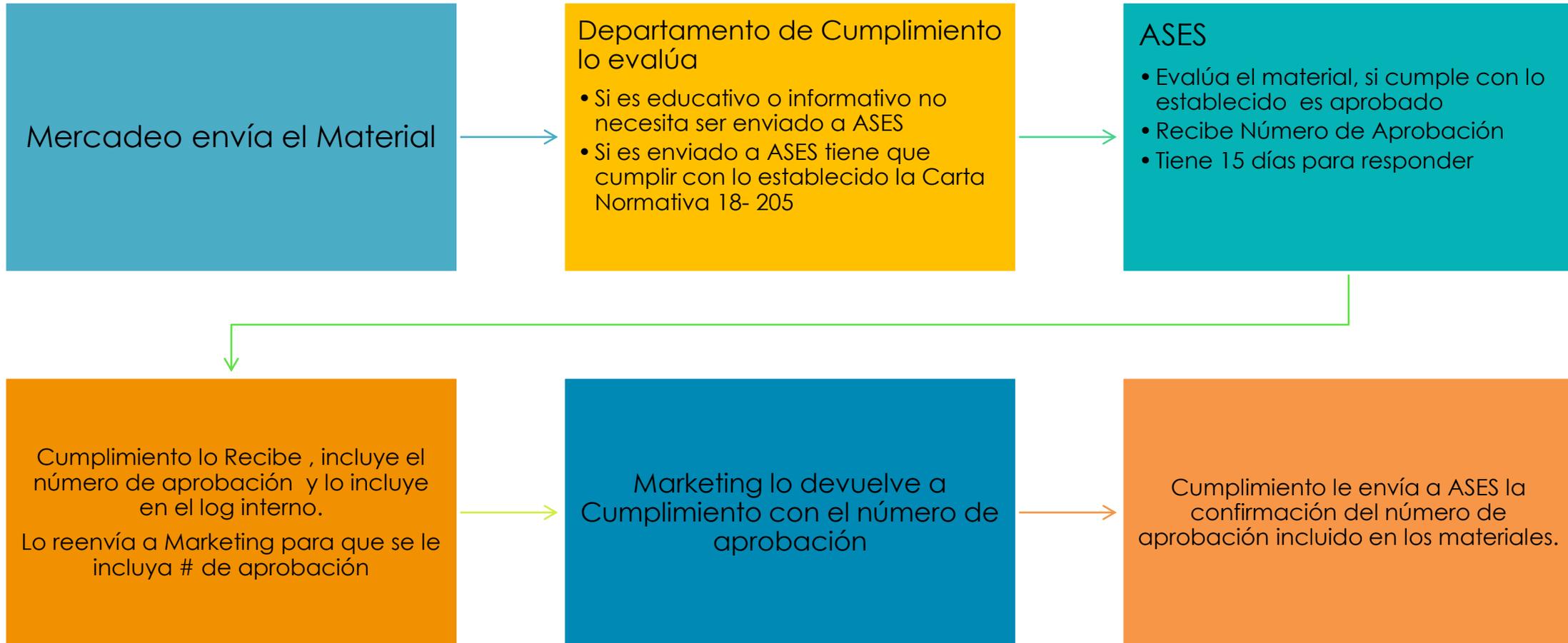
# Actividades y materiales permitidos:

- Distribuir información general a través de los medios de comunicación (es decir, periódicos, revistas y otras publicaciones periódicas, radio, televisión, Internet, publicidad en el transporte público y otros medios de comunicación);
- Realizar llamadas telefónicas, envíos por correo y visitas a domicilio solo a los beneficiarios actualmente inscritos en el plan, con el único propósito de educarlos sobre los servicios ofrecidos o disponibles a través de MMM MH
- Distribuir folletos y exhibir carteles en las oficinas de los Proveedores que informen a los pacientes que el proveedor forma parte de la Red de Proveedores del GHP (MMM MH); y
- Asistir a actividades que beneficien a toda la comunidad, como ferias de salud u otras actividades de educación y promoción de la salud.
- Si se realiza una actividad permitida, se debe llevar a cabo esa actividad en toda la isla.

# Actividades y materiales no permitidos

- Participar directa o indirectamente en actividades de marketing puerta a puerta, por teléfono, por correo electrónico, por mensajes de texto u otras actividades de marketing como las llamadas telefónicas conocidas en inglés como “cold call”.
- Ofrecer favores, incentivos o regalos, promociones u otros productos de seguros que estén diseñados para inducir la inscripción en el Plan de MMM MH;
- Distribuir planes y materiales que contengan declaraciones que ASES determine que son inexactas, falsas o engañosas. Las declaraciones consideradas falsas o engañosas incluyen, pero no se limitan a, cualquier afirmación o declaración (ya sea escrita u oral) de que el Plan del Contratista (MMM MH) está respaldado por el Gobierno Federal o el Gobierno, o una entidad similar;
- Distribuir materiales que, según ASES, induzcan a error o describan falsamente la Red de Proveedores MMM MH, la participación o disponibilidad de los Proveedores de la Red, las calificaciones y habilidades de los Proveedores de la Red (incluyendo sus habilidades bilingües); o los horarios y ubicación de los servicios de la red;
- Tratar de influir en la afiliación junto con la venta u oferta de cualquier seguro privado;
- Afirmar o declarar por escrito o verbalmente que el beneficiario o posible beneficiario debe inscribirse con MMM MH.

# Proceso de Aprobación\*



\* Esta descripción es solo un resumen y no pretende ser una explicación exhaustiva y detallada del proceso\*



# Operaciones Plan Vital MMM Multi Health



# Líneas de Servicio de Plan Vital

## Líneas de servicios

1-844-336-3331 (libre de cargo)  
787-523-2656 (área Metro )  
787-999-4411 TTY



Lunes a Viernes  
7:00 a.m. to 7:00 p.m.

## Línea de consulta médica

### *Haciendo Contacto*

1-844-337-3332 (libre de cargo)  
787-523-2653 (área Metro )  
787-522-3633 TTY



24 horas/ 7 días a la semana

# Unidad de Investigación de Servicio al Cliente

Primer enlace entre el beneficiario y todas las unidades MMM MH.

Coordinación de citas con especialistas.

Coordinación de citas de recertificación al Programa de Medicaid.

Encuestas de satisfacción

Apoyo en estrategias de retención de membresía.

Resolución de casos del sitio web de MMM MH, redes sociales y prensa.

Servicio exclusivo para casos recibidos de ASES y Fortaleza.

Manejo de la solicitud de materiales del beneficiario (Directorio de proveedores, Manual del beneficiario, cartas, EOB y tarjetas de identificación).

Servicio al cliente

¡Contáctanos!

[PSG-Research-Team@mmmhc.com](mailto:PSG-Research-Team@mmmhc.com)

# Principales oficinas de MMM Multihealth

## Hato Rey Oficina Administrativa

**Edificio Torre Chardón**  
**350 Avenida Carlos E. Chardón #500**  
**San Juan, P.R. 00918**

- Lunes a viernes de 8:00 a.m. a 5:00 p.m.

También tenemos áreas que manejan las operaciones de Plan Vital en las oficinas de Kennedy y Torre Chardón

# Oficinas de Servicio (Atlántico)

## Carolina

### Carolina Shopping Court

- Lunes de 8:00 a.m. a 7:00 p.m.
- Martes a viernes from 8:00 a.m. to 5:00 p.m.
- Último sábado del mes de 8:00 a.m. a 5:00 p.m.

## Humacao

### Boulevard Plaza Office Center

- Boulevard del Río, Ramal 3
- Lunes a viernes de 8:00 a.m. a 5:00 p.m.

## Vieques

### Centro de Servicios Integrados

- Carretera Estatal Núm. 200 km 0.4, Urb. Industrial Belén Castaño Vda. Díaz
- Lunes a viernes de 7:30 a.m. a 12:00 p.m. y de 1:00 p.m. a 4:30 p.m.

## Fajardo

- Carr. #3 km. 44.1 Local #2 Bo. Quebrada
- Lunes a viernes de 8:00 a.m. to 5:00 p.m.

## Manatí

### El Trigal Plaza

- Carretera #2, KM 4.8
- (Esquina) Carr. 149
- Barrio Cotto Norte
- Lunes a viernes de 8:00 a.m. a 5:00 p.m.

# Oficinas de Servicio (Caribe)

## Guayama

Edificio FISA I  
Carr. 54, km 2.2,  
Solar #6

- Lunes de 8:00 a.m. a 7:00 p.m.
- Martes a viernes de 8:00 a.m. a 5:00 p.m.
- Último sábado del mes de 8:00 a.m. a 5:00 p.m.

## Ponce

Carretera #2  
Ponce by Pass  
Edificio San Jorge Mall

- Lunes a viernes de 8:00 a.m. a 5:00 p.m.

## Orocovis

Edificio Borinquen  
Carretera 155  
km 15.3 Bo. Gato

- Lunes a viernes de 8:00 a.m. a 5:00 p.m.

## Coamo

Calle Ruiz Belvis # 24

- Lunes a viernes de 8:00 a.m. a 5:00 p.m.

## Mayagüez

Complejo Office Park III  
Carretera #2, KM 157

- Lunes a viernes de 8:00 a.m. a 5:00 p.m.

## Aguadilla

Plaza Victoria Shopping Center Carr. #2 KM 129.5

- Lunes a viernes de 8:00 a.m. a 5:00 p.m.

# Servicios disponibles en las oficinas regionales y Satelitales

## **Materiales disponibles para los Beneficiarios:**

- Tarjetas de Identificación;
- Manual del Beneficiario;
- Directorio de Proveedores.

## **Transacciones:**

- Entrega de Tarjetas de Identificación;
- Carta de Certificación de Cubierta;
- Cambios de PCP y GMP;
- Matriculas nuevas;
- Matriculas - recién nacido;
- Matricula ELA Puro;
- Radicación de quejas, querellas y apelaciones;
- Coordinación de Beneficios;
- Tramite y envío de documentos de Pre-Autorizaciones;
- Trámite y envío de documentos de Manejo de casos.

## **Información/Clarificación relacionada:**

- Beneficios y Procedimientos;
- Elegibilidad;
- Cubierta;
- Red de Proveedores (PCP's / GMP's);
- Programa de Medicaid;
- Salud Mental;
- Pre-Autorizaciones;
- Cubierta Especial;
- Manejo de Casos;
- ELA Puro;
- Beneficios de Farmacia;
- Quejas, Querellas y Apelaciones;
- Coordinación de Beneficios;
- Información sobre "PHI, por sus siglas en inglés" sobre información protegida de pacientes.;
- Entre otros.



# Elegibilidad



# Elegibilidad

Personas elegibles bajo la ley 72 de 7 de septiembre de 1993:

- Ciudadanos americanos
- Personas de bajo o ningún ingreso
- Población Medicaid Federal
- Población Medicaid Estatal
- Niños bajo el programa Children's Health Insurance Program (CHIP)
- Empleados públicos, retirados y sus dependientes
- Policía de Puerto Rico; sus viudas, viudos e hijos que les sobrevivan
- Veteranos
- Niños bajo la custodia del Estado –Región Virtual
- Sobrevivientes de violencia doméstica- Región Virtual

# Proceso de Inscripción

- El Programa Medicaid Puerto Rico determinará si el beneficiario es elegible a Plan Vital.
- De ser elegible, Medicaid entrega la forma Notificación de Decisión al beneficiario (antes conocida como MA-10).
- El documento contiene:
  - ✓ Nombre
  - ✓ MPI
  - ✓ Tipo de Elegibilidad
  - ✓ Fecha de efectividad de elegibilidad con Plan Vital
  - ✓ Fecha de Vencimiento de elegibilidad
  - ✓ Código de Cubierta
  - ✓ Tope de copagos
  - ✓ El documento contiene la aseguradora seleccionada al momento de realizar su proceso de certificación
  - ✓ El beneficiario puede tener acceso a los servicios cubiertos utilizando la Notificación de Decisión mientras recibe su tarjeta.
- La aseguradora enviará una carta de ***Bienvenida a Plan Vital***

# Período de Inscripción Abierta (OEP)

- El Período de inscripción abierta (OEP) será a partir del **1ro de enero al 14 de febrero de 2024**.
- Un beneficiario puede solicitar un cambio de aseguradora por justa causa en cualquier momento durante el periodo de inscripción abierta, contactando al consejero de inscripción o a ASES:

**Centro de Llamada de ASES**

Tel.: 787-474-3300 / 1-800-981-2737

# Aplicación Móvil ASES

- ASES tendrá a disposición una aplicación móvil para que los beneficiarios elijan el plan médico con que quieren afiliarse.
- Beneficiario que no elija libremente su aseguradora de Vital en el periodo abierto de inscripción , ASES le asignará a una.



**NUEVA APLICACIÓN**

ASES Vital App

**vital**  
Salud en tus manos

ASES VITAL APP es  
**Agilidad**

Ya está disponible ASES Vital APP, exclusiva para los beneficiarios del Plan Vital. Descárgala en tu teléfono móvil y disfruta de todas sus ventajas.

ADMINISTRACIÓN DE SEGUROS DE SALUD DE PUERTO RICO  
ASES

Disponible en the  
App Store

Descárgala  
Gratis Hoy

GET IT ON  
Google Play

**vital**  
Salud en tus manos  
GOBIERNO DE PUERTO RICO

# Tarjeta del Plan

- La tarjeta del plan se enviará por correo postal al beneficiario en o antes de 5 días de haber cargado la elegibilidad en el sistema.
- Si no puede esperar debe pasar por una Oficina Regional de Servicio o comunicarse a Servicio al Cliente
- Se puede enviar una certificación de cubierta por fax o correo electrónico al beneficiario o a la oficina médica
- Ningún hospital puede negarle servicios de emergencia por no tener la tarjeta.

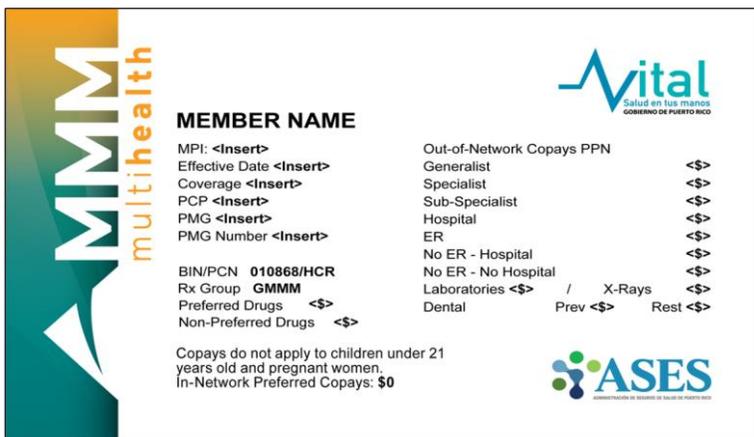
# Tarjeta del Beneficiario

En el frente de la tarjeta, encontrará la siguiente información

- Nombre y ambos apellidos;
- Número de contrato;
- PCP y PMG elegido
- Cobertura;
- Copagos y coaseguros

En la parte posterior de la tarjeta, encontrará la siguiente información:

- Evitar uso fraudulento de la tarjeta
- Número contacto ante una emergencia de salud
- Número de Servicio al Cliente
- Línea **Haciendo Contacto** (consultoría médica)
- Línea **PAS** – emergencia emocional



**MEMBER NAME**

MPI: <Insert>      Out-of-Network Copays PPN <-\$>  
 Effective Date <Insert>      Generalist <-\$>  
 Coverage <Insert>      Specialist <-\$>  
 PCP <Insert>      Sub-Specialist <-\$>  
 PMG <Insert>      Hospital <-\$>  
 PMG Number <Insert>      ER <-\$>  
    No ER - Hospital <-\$>  
    No ER - No Hospital <-\$>  
 BIN/PCN 010868/HCR      Laboratories <-\$> / X-Rays <-\$>  
 Rx Group GMMM      Dental      Prev <-\$>      Rest <-\$>  
 Preferred Drugs <-\$>  
 Non-Preferred Drugs <-\$>

Copays do not apply to children under 21 years old and pregnant women.  
 In-Network Preferred Copays: \$0




Esta tarjeta no debe ser utilizada bajo ninguna circunstancia por otra persona que no sea el beneficiario identificado. *Under no circumstance may this card be used by a person other than the identified enrollee.*

**Si tiene una emergencia médica, llame al 9-1-1 para ayuda. (No requiere autorización)**  
*If you have a medical emergency, call 9-1-1 for help. (No authorization is required)*

**Al llamar a la línea de consultoría médica puede evitar el copago de Sala de Emergencia. By calling the medical consultation line the emergency room copay may be waived.**

**Beneficiary Service**  
 1-844-336-3331 (toll free)  
 787-999-4411 TTY (hearing impaired)  
 Monday to Friday, 7:00 a.m. to 7:00 p.m.

**Haciendo Contacto**  
**Medical Consulting Line**  
 24 hours a day, 7 days a week  
 1-844-337-3332 (toll free)  
 787-522-3633 TTY (hearing impaired)

**Emergencia emocional o psicológica**  
 24/7 línea PAS 1-800-981-0023 para recibir ayuda. *Emotional or psychological emergency 24/7 PAS line 1-800-981-0023 to receive help.*

**Si usted tiene información o sospecha de un posible caso de fraude o abuso, llámenos al: 1-844-256-3953. If you have any information or suspects a possible case of fraud or abuse, call us at: 1-844-256-3953.**



www.multihealth-vital.com




# Aplicación Móvil Plan Vital

- Diseñada para servir como enlace facilitador
- Contiene la información de los beneficiarios como aparece en nuestros sistemas
- Permite a los beneficiarios y cuidadores tener una participación mayor en su atención de salud
- Gratuita, segura y fácil de usar
- Descargándola desde las plataformas de App Store y Google Play



# Aplicación Móvil Plan Vital



La función de **PERFIL** permite al beneficiario ver su información personal, clínica, tarjeta del plan, medico primario, cuidadores y configuración de la aplicación



Los datos sobre **SALUD** ayudan a organizar iniciativas de prevención y seguimiento a los cuidados. El beneficiario podrá mostrar su lista de medicamentos de hasta 6 meses cuando visite los especialistas.



La función de **MENSAJES** permite a los beneficiarios y/o sus cuidadores recordar datos importantes, recibir invitaciones y anotar sus citas próximas.



En la función de **CALENDARIO** el beneficiario puede ver todos los eventos programados en su calendario y los Eventos MMM disponibles.



En **SERVICIOS** la aplicación permite recibir notificaciones para conocer el estatus de las pre autorizaciones, gastos e información para comunicarse al plan.



Con la función de **DIRECTORIO** el beneficiario puede realizar búsquedas más específicas de Cuidado Primario, Especialistas y Profesionales de la Salud entre otros.

# Departamento de Matrícula - Información de Contactos

¿Cómo me puedo comunicar con mi plan médico?

El beneficiario puede acudir a una de nuestras Oficinas de Servicio:

[www.Multihealth-vital.com/contacto.html](http://www.Multihealth-vital.com/contacto.html)

**Llamar a la Línea de Servicio al Beneficiario:**

**1-844-336-3331** (Libre de Cargo) o TTY  
(Audio-impedidos): **787-999-4411**

Correo Electrónico:

[PSG\\_Enrollment@mmmhc.com](mailto:PSG_Enrollment@mmmhc.com)

Facsímil: **1-844-330-9330**

Correo Postal:

**PSG Enrollment - ENR-001**  
**PO BOX 72010**  
**San Juan PR 00936-7710**



---

**Jeanette Fernández**

---

Asistente Administrativa

---

Tel (787) 622-3000 | Ext. 52542

---

Correo Electrónico: [Jeanette.Fernandez@mmmhc.com](mailto:Jeanette.Fernandez@mmmhc.com)

---

**Héctor M Jové**

---

Gerente

---

Tel (787) 622-3000 | Ext. 53614

---

Cel. 787-918-5693

---

Correo Electrónico: [hector.jovecalderon@mmmhc.com](mailto:hector.jovecalderon@mmmhc.com)

---

**Solange de Lahongrais**

---

COO of Medicaid

---

Tel. (787) 622-3000 | Ext. 52542

---

Correo Electrónico: [Solange.delahongrais@mmmhc.com](mailto:Solange.delahongrais@mmmhc.com)

# Periodo de Transición

# Periodo de Transición

MMM MH garantizará el acceso continuo a los servicios durante la transición de un beneficiario de una aseguradora de salud contratada por ASES, cumpliendo con lo siguiente:

- Garantizar que el beneficiario tenga acceso a los servicios de manera coherente con el acceso que tenía anteriormente, y se le permita conservar su proveedor actual durante noventa (90) días calendario si ese proveedor no es un proveedor de la Red; se deberá referir al beneficiario a un proveedor de la Red.
- Cumplir plena y oportunamente con las solicitudes de datos históricos de utilización del nuevo contratista u otra entidad en cumplimiento de las leyes federales y estatales;
- Garantizar que el nuevo proveedor del beneficiario pueda obtener copias de los registros médicos del beneficiario, según corresponda.
- Cumplir con cualquier otro procedimiento necesario especificado por CMS o ASES para asegurar el acceso continuo a los servicios para prevenir un detrimento grave de la salud del beneficiario o reducir el riesgo de hospitalización.

# Programas Clínicos

# Cubierta Especial

- Es un componente de los Servicios Cubiertos descrito en el contrato de ASES, en la sección 7.7 y Anejo 7. Estos servicios incluyen beneficios más extensivos que la Cubierta Básica.
- La Cubierta Especial está disponible para los beneficiarios con condiciones específicas que requieren cuidado médico intensivo causado por una enfermedad compleja de salud.
- Los beneficiarios matriculados en el **Registro de Cubierta Especial** tienen acceso directo a los especialistas que manejan sus situaciones de salud relacionadas a la condición por la cual están registrados.

# Condiciones de Cubierta Especial

- Anemia Aplásica
- Autismo
- Cáncer
- Niños con Necesidades Especiales
- Enfermedad Renal
  - Niveles 3, 4 & 5
- Enfermedad Renal Terminal (ESRD)
- Fibrosis Cística
- Hepatitis – C
- VIH-SIDA
- Lepra
- Esclerosis Múltiple & ALS
- Obstetricia
- Hipertensión Pulmonar
- PKU- Adulto
- Artritis Reumatoide
- Escleroderma
- Lupus Eritematoso Sistémico
- Tuberculosis
- Hemofilia
- Cernimiento Auditivo Neonatal
- Fallo Cardíaco Congestivo (Etapas III & IV)
- Post- Trasplantes
- Discinesia Ciliar Primaria

# Programa de Manejo Caso Complejo y Manejo de Cuidado

- Provee apoyo y educación en salud para beneficiarios identificados con condiciones de salud tanto crónicas como complejas.
- Tiene un enfoque holístico incluyendo cambios saludables en hábitos y en estilos de vida.
- Provee apoyo en la coordinación de cuidado, según sea necesario.
- Integra herramientas de cernimiento tanto de salud física como mental como criterio esencial para el desarrollo del plan de cuidado.
- Desarrolla de un plan de cuidado individualizado.
- Enfocado en la prevención.

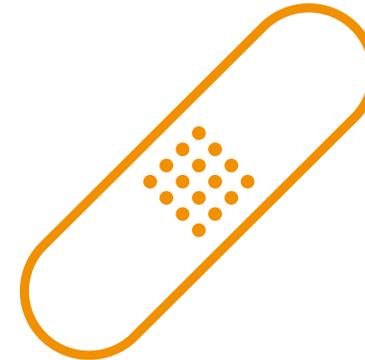
# Programa de Manejo Caso Complejo y Manejo de Cuidado

Enfocado específicamente en:

- Condiciones de Cubierta Especial;
- Condiciones Complejas de salud física y mental,
- Cuidado Prenatal y Postparto,
- Altos Utilizadores de Salas de Emergencias,
- Condiciones Crónicas - Auto cuidado

Los candidatos son identificados a través de:

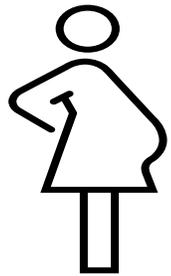
- Referidos del Médico Primario o Especialista;
- Registro de Cubierta Especial;
- Análisis de Utilización de Servicios;
- Referidos a través de otros Programas Clínicos



# Programa Prenatal

Programa de apoyo para mujeres durante su período prenatal y posparto;

El Programa está enfocado en:



- Promover un embarazo saludable
- Prevención de complicaciones
- Salud mental
- Educación en salud
- Cuidado del recién nacido

Mujeres participantes del programa reciben intervenciones educativas presenciales incluyendo clases de parto y lactancia.

Meta contractual Medicaid: Asegurar que el 85% de las embarazadas reciban servicios bajo el Programa Prenatal y Maternidad.

# ¿Qué es EPSDT?

EPSDT son siglas en inglés para Temprano, Periódico, Cernimiento, Diagnóstico y Tratamiento (**Early, Periodic, Screening, Diagnostic and Treatment**)

- Son servicios de salud mandatorios para niños y jóvenes menores de 21 años, elegibles a servicios de Medicaid;
- EPSDT está contemplado dentro de Medicaid desde el 1967, con un enfoque principalmente preventivo:
  - Identificar cualquier problema en etapas tempranas para brindar los servicios necesarios para aminorar, tratar o curar cualquier condición o enfermedad en la niñez.

# Cubierta de Farmacia

# Cubierta de Farmacia

Los beneficiarios de Vital tienen acceso a una cubierta de medicamentos acorde a los Formularios de Medicamentos Preferidos (PDL):

- Los listados de medicamentos están compuestos de medicamentos preferidos que son evaluados para su exclusión o inclusión en el PDL, por el Comité de Farmacia y Terapéutica de la ASES.
- Para acceder el Formulario de Medicamentos en Cubierta del PSG, utilice los siguientes enlaces:  
<https://abarcahealth.com/clients/ases-spanish/>  
<https://www.asespr.org/proveedores-2/farmacia/formularios-de-medicamentos/>  
<https://www.multihealth-vital.com/eng/formulary.html>

Los copagos correspondientes a los beneficiarios varían de acuerdo a los niveles de ingreso del beneficiario o grupo familiar.

Adicional al PDL, existe el **Listado de Medicamentos No preferido (NPDL)**, el mismo está compuesto por medicamentos que han sido evaluados y avalados por el Comité de Farmacia y Terapéutica (P&T por sus siglas en inglés) a ser cubierto por el proceso de excepción. Medicamentos fuera del PDL y el NPDL pudieran ser cubierto por el beneficio de farmacia siempre y cuando el medicamento no sea excluido.

# Cubierta de Farmacia

- En la cubierta de medicamentos es mandatorio que el medicamento sea genérico, excepto en el caso de que el genérico bio-equivalente no esté disponible. La aseguradora no puede negarse a cubrir un medicamento porque el genérico no esté disponible.
- **Condiciones agudas:** El máximo de despacho será para cubrir una terapia de quince (15) días. Cuando sea médicamente necesario se cubrirán recetas adicionales.
- **Condiciones crónicas:** El máximo de despacho será terapia para treinta (30) días, prescripción original y cinco (5) repeticiones.



# Pre-Autorización de Medicamentos

- Algunos medicamentos están sujetos a autorización previa según establecido por el Comité de Farmacia y Terapéutica de la ASES.
- Parámetros de tiempo para ofrecer una determinación sobre la pre-autorización: Todas las determinaciones de pre-autorización serán procesadas dentro de 24 horas luego de que MMM MH reciba la información mínima requerida para poder evaluar el caso.
- Si la petición no incluye la información mínima requerida para evaluación, MMM MultiHealth debe devolver la petición dentro de las primeras 24 horas. Sin embargo, en el caso de existir una emergencia, MMM MultiHealth evaluará la petición solicitada para otorgar un suplido de emergencias donde se pudiera autorizar un suplido de 72 horas.
- De la solicitud requerir información adicional para completar su criterio clínico la misma puede pasar por el proceso de NMI (**N**eed **M**ore **I**nformation) el cual le brinda 72 horas adicionales a las 24 horas iniciales para su evaluación.

# Medicamentos por excepción

- Cuando se receta un medicamento que no está en el PDL, se autoriza su despacho a través del proceso de excepción (el medicamento debe estar aprobado por la FDA para el tratamiento de la condición).
- Para esto el médico que prescribe debe proveer al Departamento de Farmacia justificación clínica por escrito y firmada indicando la razón o los motivos clínicos por los cuales el medicamento solicitado es clínicamente necesario para tratar la enfermedad o condición médica del beneficiario y la duración de la terapia solicitada.
- Adicional, el médico que prescribe debe evidenciar lo siguiente:
  - ✓ Paciente ha experimentado serias reacciones adversas a las alternativas disponibles en el PDL; para las drogas fuera de PDL el prescriptor debe evidenciar que paciente ha experimentado serios efectos adversos a las alternativas en PDL y NPDL;
  - ✓ Fallos terapéuticos a todas las alternativas en el PDL y/o NPDL, ya sea porque esas alternativas fueron ineficaces o podrían afectar adversamente la Salud o condición del paciente;
  - ✓ Otra circunstancia particular como EPSDT y su política.

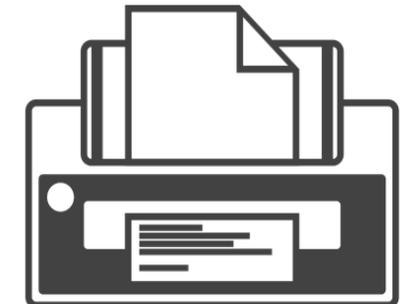
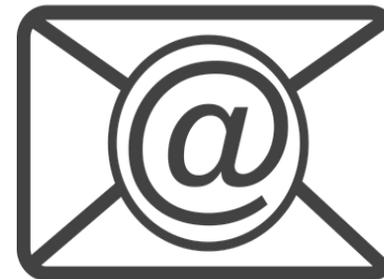
# Información de contacto de Farmacia

Como contactar el centro de llamadas de Farmacia proveedores:

- Local: 787-523-2829
- Gratuito: 1-844-880-8820

¿Dónde puedo enviar una solicitud de farmacia?:

- Fax Farmacia: 866-349-0514
- Email: [GHPParmacylabel@mmmhc.com](mailto:GHPParmacylabel@mmmhc.com)
- Fax Jcodes: 787-300-4897
- Email: [GHP.PharmacyJcodesPA@mmmhc.com](mailto:GHP.PharmacyJcodesPA@mmmhc.com)
- Para la población de Foster Care y violencia doméstica:  
Email: [VirtualXPharmacyLabel@mmmhc.com](mailto:VirtualXPharmacyLabel@mmmhc.com)





# Salud Mental



# ¿Qué ofrece el Departamento de Salud Mental?

El Departamento de Salud Mental tiene el objetivo de evaluar y manejar efectiva y eficientemente las necesidades clínicas de salud mental de los beneficiarios a los que ofrece servicios mediante:

- Orientación sobre servicios de salud mental;
- Información sobre disponibilidad de Proveedores contratados;
- Autorización de servicios;
- Coordinación servicio al hogar;
- Línea de emergencias;
- Manejo de casos;
- Coordinación de servicios ambulatorios;
- Orientación sobre documentos y procesos para la autorización de medicamentos de salud mental.

# Departamento de Salud Mental Integrada: Unidades Operacionales



## Centro de Llamadas – Salud Mental

**Horario: Lunes a viernes,  
7:00 a.m. a 7:00 p.m.  
Teléfono: 1-844-337-3332**

- Orientación y coordinación de servicios ambulatorios;
- Orientación sobre documentos y procesos para la autorización de medicamentos;
- Solicitud de coordinación de servicio al hogar;
- Orientación de Proveedores contratados;
- Servicios ambulatorios prestados por Psiquiatras, Psicólogos y Trabajadores Sociales;
- Servicios hospitalarios y ambulatorios para abuso de sustancias y alcoholismo;
- Registro de condiciones de Salud Mental.

## Centro de Llamadas - Manejo de Casos Salud Mental Integrada

### Servicios que requieren autorización previa\*:

- Pruebas neuropsicológicas
- Programas de Hospitalización Parcial
- Terapia electroconvulsiva
- Programas Ambulatorios Intensivos

**24 horas,  
7 días a la semana.  
1-844-337-3332**

\*Todos los servicios con proveedores fuera de la red requieren pre-autorización.

## ¿Por qué un Modelo de Integración?

- Existe una cantidad importante de beneficiarios con condiciones físicas y mentales.
- Debido a la cantidad de beneficiarios con condiciones agudas, estas deben de tratarse bajo un solo escenario de salud, evitando que el beneficiario se mueva de un lado a otro.
- La prestación de servicios de salud debe darse bajo un solo escenario, permitiendo el enfoque en la persona.
- La discusión de casos y colaboración entre proveedores es clave en el éxito del modelo integrado.

# Modelo de Cuidado Integrado

## Modelo de Co-locación

- Es un modelo de cuidado integrado en el cual servicios de salud mental son provistos en el mismo lugar de cuidado primario de salud física.
- El GMP debe de facilitar un espacio al Proveedor de salud mental por cada facilidad dónde se requiera.
- El Proveedor de salud mental debe estar disponible para proveer evaluaciones, consultas, y servicios de salud mental a los beneficiarios.
- Un beneficiario identificado con una condición de salud mental aguda o crónica debe ser referido a una clínica de salud mental contratada o al próximo nivel de cuidado, según sea necesario.
- A partir del 1ro de enero de 2023 todos los hospitales de cuidado primario deben de contar con un proveedor de salud mental, según definido por el modelo de colocación. En este escenario un médico primario o especialista puede requerir la intervención de un proveedor de salud mental. El profesional de salud mental proveerá intervenciones clínicas en persona o en consulta con el equipo interdisciplinario (según sea necesario) relacionadas a la salud mental de beneficiarios en sala de emergencia u hospitalizados.

# Modelo de Cuidado Integrado

## Co-locación Inversa

- Modelo de cuidado integrado en el cual servicios médicos están disponibles a beneficiarios tratados en facilidades de salud mental.
- Incluye beneficiarios con condiciones con comorbilidad las cuales pueden ser crónicas o agudas, con diagnósticos de salud mental.
- Un PCP se encuentra localizado a tiempo completo o parcial en una clínica/facilidad de salud mental para monitorear la salud física de los beneficiarios.
  - Estos utilizan el expediente de salud mental del paciente y coordinan seguimiento con el GMP, según sea necesario.
  - EL PCP colocado puede llevar a cabo las mismas intervenciones médicas y referidos como lo haría un PCP en un GMP.

# Ley de Paridad en Salud Mental

MMM MH cumple con el requisito general de paridad (Título 42, CFR, §438.910(b)) que estipula que las limitaciones de tratamiento para los beneficios de salud mental no pueden ser más restrictivas que las limitaciones de tratamiento aplicadas a los beneficios médicos o quirúrgicos. No se requiere un referido del PCP ni una autorización previa para que un beneficiario busque cualquier servicio de salud mental, incluida la evaluación inicial de salud mental por un proveedor de la red contratada.

# Coordinación de Beneficios

# Coordinación de Beneficios

---

- La coordinación de beneficios es un método utilizado por las aseguradoras de salud para poder determinar los pagos de las reclamaciones médicas que recibe un beneficiario cuando tiene más de un asegurador de salud.
- El plan primario es el pagador de los servicios cubiertos y el mismo pagará primero según las reglas establecidas.
- El secundario pagará por los servicios cubiertos después que el plan primario pague.
- La cubierta de Plan Vital será pagador secundario a cualquier otro plan o persona a cargo de pagar por servicios médicos.

# Pagador Primario vs. Pagador Secundario

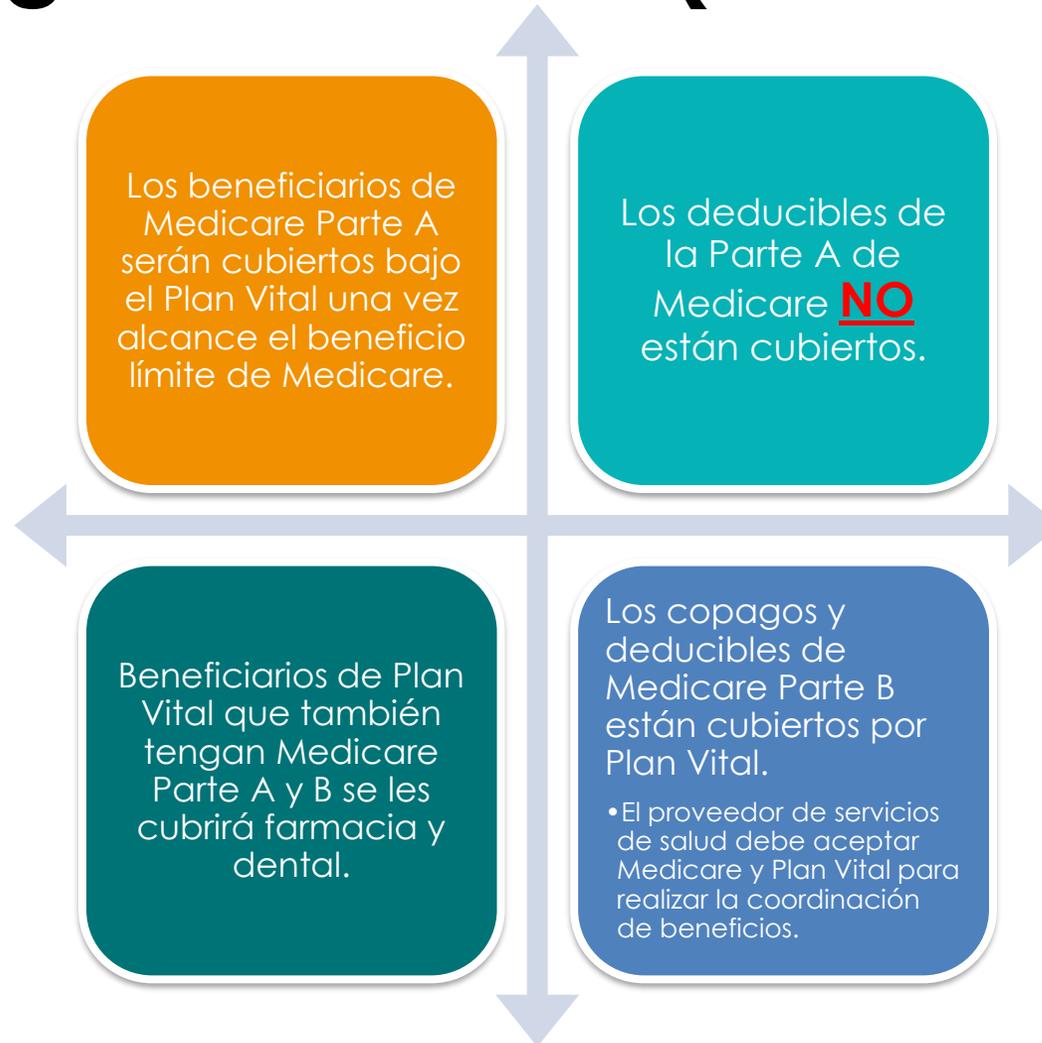


El plan primario paga hasta el máximo de su cubierta.



El plan secundario paga si existen costos que el asegurador primario no cubrió.

# Elegibilidad Dual (Medicare)



# Pre-Autorizaciones

# Pre-Autorización

- Algunos servicios médicos están sujetos a autorización previa según lo establecido por el contrato entre MMM Multi Health y ASES
- Proceso de Pre Autorización revisa las solicitudes de servicios por proveedores médicos, antes de la prestación de los servicios, excepto en casos de emergencia. Estos se encuentran en una lista selecta de servicios, para determinar si el mismo es un servicio médicamente necesario. Cada caso es manejado de manera individual según sus necesidades médicas con determinaciones finales basadas en el juicio clínico.

# Categorías

## Categoría Expedita

- Al procesar una solicitud de pre autorización, es importante que la selección de la categoría responda a las necesidades del beneficiario. Los CMS establecen la categoría expedita cuando el beneficiario o su médico entiende que la espera podría poner la vida, la salud o la seguridad del mismo en peligro grave.
- Estas solicitudes se determinan en o antes de **24 horas** de haberse recibido en el plan.
- Categoría Expedita debe ser establecida únicamente por el médico del beneficiario en la orden médica.

## Categoría Estándar

- Categoría utilizada cuando la salud del beneficiario no se encuentra en serio riesgo. Estas solicitudes se determinan en o antes de **72 horas** de haberse recibido en el plan médico.

# Parámetros de tiempo

Parámetros de tiempo para ofrecer una determinación sobre la pre-autorización para todos los servicios incluyendo medicamentos parte B son:

- Expeditas serán procesadas en o antes de 24 horas
- Estándar serán procesadas en o antes de 72 horas
- Extension-14 días adicionales si existe justa causa del beneficiario



# Solicitud de Pre Autorización

Para procesar una solicitud de servicio se requiere de la siguiente documentación e información:

- Formulario para la solicitud de Pre Autorizaciones completado en todas las partes
- Referido de PCP
- Nombre y número de NPI de PCP
- Nombre y número de NPI del especialista (si aplica)
- Nombre y número de NPI de la facilidad o institución hospitalaria (si aplica)
- Código ICD-10 (Diagnóstico) con descripción
- Código CPT (Procedimiento) con descripción
- Firma del médico y numero de licencia
- Fecha de los servicios (si aplica)

# Información y vías de envío

## Información de apoyo

Con el propósito de obtener toda la información para la evaluación y determinación del servicio solicitado, el médico debe incluir, aparte de orden médica-referido, lo siguiente:

- Historial clínico relacionado a servicios relacionados a estudios previos
- Cualquier otra información relevante al servicio solicitado

## Vías de envío

Portal de Innova MD- Electrónicas

Faxes :

- 1-844-330-1330
- 1-844-220-3220



# Quejas, Querellas & Apelaciones

# ¿Qué son una queja, una querella y una apelación?

**Queja:** Cualquier expresión de insatisfacción, verbal o escrita, realizada por un asegurado a MMM MH o sus proveedores relacionada **al trato recibido**.

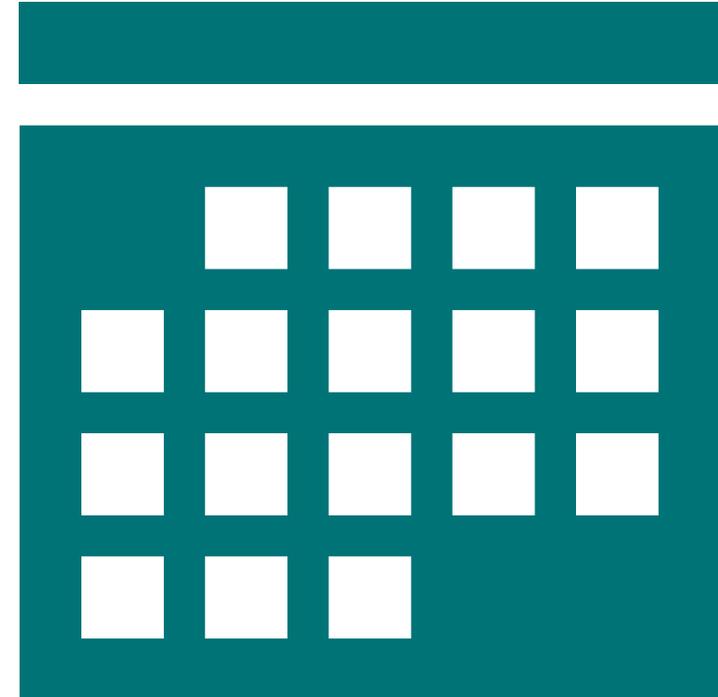
**Querella:** Una reclamación de insatisfacción, verbal o escrita, realizada por un asegurado a MMM MH o sus proveedores que se relaciona con los servicios recibidos bajo la cubierta del Plan Vital o aspectos de relaciones interpersonales.

**Apelación:** Una declaración oral o escrita de insatisfacción con una determinación adversa de las operaciones de la organización tal como: Una denegación de estudios, laboratorios y Rayos X, denegación de un procedimiento, medicamentos o la resolución de la querella.

# Tiempos para radicar:

El asegurado puede radicar su planteamiento en cualquier momento siempre y cuando cumpla con los términos establecidos:

- Queja: 15 días calendarios a partir de la fecha del evento.
- Querrela: En cualquier momento a partir de la fecha del evento.
- Apelación: 60 días calendarios para radicar su apelación desde la fecha en que recibió la determinación.



# Términos establecidos para responder al beneficiario

## Queja

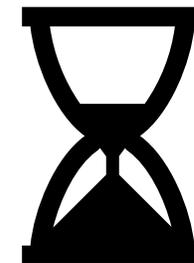
- Debe resolverse en un en 72 horas a la fecha y hora de recibo. Sino puede resolverse se convertirá en querella.

## Querella

- Debe resolverse en o antes de 90 días y de requerir extensión, son 14 días adicionales; se envía a consideración de ASES.

## Apelación

- Debe resolverse en o antes de 72 horas a la fecha y hora de recibo si es expedito y 30 días calendarios si es estándar. De requerir extensión son 14 días adicionales; se envía a consideración de ASES.



# Querellas y Apelaciones - Información de Contactos

## ¿Cómo reportar una Queja, Querella o Apelación?

- El beneficiario puede acudir a una de nuestras Oficinas de Servicios.
- Línea de Servicio al Beneficiario: **1-844-336-3331** (Libre de Cargo) o TTY (Audioimpedidos): **787-999-4411**.
- Correo Electrónico: [agplanvital@mmmhc.com](mailto:agplanvital@mmmhc.com)
- Facsímil: **1-844-990-1990** | **1-844-990-2990**
- Correo Postal:

**MMM Appeals & Grievances Department**  
**PO Box 72010**  
**San Juan PR 00936-7710**

---

### Johanna Morales González

Supervisor

---

Phone (787) 622-3000 | Ext. 3542

---

Cel. (787) 403-7357

---

Correo Electrónico: [Johanna.Morales-Gonzalez@mso-pr.com](mailto:Johanna.Morales-Gonzalez@mso-pr.com)

---

### Michael Soto Maldonado

Gerente

---

Tel. (787) 622-3000 | Ext. 2513

---

Cel. (787) 585-0762

Correo Electrónico: [michael.soto@mmmhc.com](mailto:michael.soto@mmmhc.com)

---

### Janice Rodríguez Brea

Director

---

Tel. (787) 622-3000 | Ext. 2537

---

Cel. (939) 717-3509

Correo Electrónico:

[janice.rodriguez@mmmhc.com](mailto:janice.rodriguez@mmmhc.com)

# Programa de Calidad

# Indicadores de Calidad y Desempeño

El Plan Vital ha desarrollado una serie de indicadores como parte del proceso de mejoramiento de calidad.

- Servicios de cuidado prenatal proporcionados por su médico.
- Educación en salud y promoción de actividades de bienestar.
- Coordinación de servicios en el manejo de condiciones agudas.
- Educación al afiliado en el manejo de condiciones médicas crónicas tales como: diabetes, hipertensión y asma, entre otras.
- Educación a proveedores.
- Ayuda a los médicos a brindar una mejor calidad de cuidado.
- Nivel de servicios preventivos cubiertos.
- Monitoreo de las medidas de desempeño sobre los Determinantes Sociales de Salud (SDOH).

# Provisiones generales

- Proveer un cuidado de calidad a sus beneficiarios con el propósito de mejorar su estado de salud o que mantenga una buena condición de salud.
- Trabajar en conjunto con los beneficiarios, proveedores y agencias relacionadas, para continuamente mejorar el cuidado de la salud de los beneficiarios.
- ASES, junto con otros programas federales y según las regulaciones de PR, será el encargado de monitorear el cumplimiento del cuidado de salud que se ofrezca.

# Red de Proveedores

# ¿Qué es un Médico Primario y cuáles son sus responsabilidades?

## ¿Qué es un Médico Primario?

- Profesional de la Salud debidamente licenciado para ejercer la práctica de la medicina en Puerto Rico.
- Contratado por la aseguradora de salud física como médico participante dentro de un Grupo Médico.



## Sus responsabilidades son:

- Realizar las evaluaciones médicas pertinentes al estado de salud de los beneficiarios.
- Brindar, coordinar y ordenar todos los servicios y tratamientos de salud que necesiten los beneficiarios de Plan Vital.
- Proveer los servicios médicos preventivos para mantener saludable los beneficiarios.
- Informarle al beneficiario cuando entienda que es necesario visitar a un especialista o subespecialista.
- Proveerle referidos a los beneficiarios cuando sea necesario.
- Coordinar las visitas a especialistas o subespecialistas fuera de la Red Preferida del Grupo Médico Primario.

# ¿Quiénes se consideran Médicos Primarios?

**Médicos  
Generalistas**

**Médicos de Familia**

**Pediatras**

**Ginecólogos/  
Obstetras**

**Internistas**

# Red Preferida del Grupo/Médico Primario

- Médicos especialistas y subespecialistas
- Servicios médicos ancilares
- Laboratorios Clínicos
- Pruebas Diagnósticas Especializadas
- Centros de Imágenes
- Centros de Cirugía Cardiovascular y Cateterismo
- Hospitales
- Sala de Urgencias
- Sala de Emergencias

# Red General de Proveedores

- Médicos especialistas, subespecialistas y facilidades de servicios de salud.
- Contratados por su aseguradora de salud física para brindar apoyo a los Grupos Médicos Primarios.
- Brinda servicios que el beneficiario no pueda obtener a través de la Red Preferida de su Grupo Médico Primario.
- Para visitar esta red el beneficiario deberá obtener el referido de su Médico Primario y aplicarán los copagos correspondientes.
- ASES establece un tarifario mínimo requerido para el pago de proveedores basado en un por ciento del Medicare Fee Schedule conforme a la especialidad del proveedor.
- ASES establece un pago mínimo por miembro por mes (PMPM) para el médico primario que actualmente es \$18 PMPM



**iGracias!**



# Adiestramiento de Programa de Cumplimiento e Integridad Para Proveedores y Entidades Delegadas **Plan Vital - 2024**



# Programa de Cumplimiento





**¡Cumplimiento  
es  
responsabilidad  
de TODOS!**

- Como Individuo, Proveedor o Entidad que provee servicios Salud a beneficiarios de Medicaid bajo el Plan Vital,
- **Cada acción que se tome** tiene el potencial de afectar a los beneficiarios.

# Visión

La Administración de Seguros de Salud (ASES), al igual que los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (“CMS”, por sus siglas en inglés), requieren adiestramientos durante los primeros noventa (90) días desde el comienzo de contratación y luego adiestramientos anuales sobre los programas de Cumplimiento, Integridad (Fraude, Desperdicio y Abuso “FWA” por sus siglas en inglés), Privacidad y Seguridad para las organizaciones y entidades que proveen y/o administran servicios de Salud.

MMM MH Vital está comprometido con la ética, el cumplimiento corporativo y todas las leyes, regulaciones y guías que rigen los requisitos del Programa de Medicaid.

# ¿Cuál es mi responsabilidad como proveedor, contratista o subcontratista de MMM Multihealth Plan Vital?



Cumplir con todos los requerimientos, estatutos y regulaciones de ASES y Medicaid,



Reportar cualquier violación sobre comportamiento no ético, sospecha de fraude, desperdicio, abuso, privacidad o seguridad, a la gerencia y/o a la Oficial de Cumplimiento de Medicaid.



Cumplir con todos los adiestramientos operacionales, regulatorios y de Cumplimiento que son parte de los programas de Cumplimiento e Integridad de PSG.



# ¿Qué es un Programa de Cumplimiento?

Un Programa de Cumplimiento es un conjunto de controles internos y medidas para asegurar que las entidades siguen las reglas y regulaciones aplicables, que rigen a los programas federales, tales como Medicare y Medicaid.

La adopción de un Programa de Cumplimiento reduce significativamente el riesgo de fraude, desperdicio y abuso, mientras que garantiza acceso a servicios de calidad y cuidado a los pacientes.

## 7 Elementos de un Programa de Cumplimiento Efectivo



Políticas, Procedimientos y estándares de Conducta: desarrollar y mantener políticas y procedimientos escritos.



Oficial de Cumplimiento, Comité de Cumplimiento y comunicación a nivel de la alta gerencia: Designación de un Oficial y un Comité que tengan la responsabilidad y autoridad de operar y monitorear el Programa de Cumplimiento.



Adiestramientos y Educación Efectiva: Desarrollo e implementación de adiestramientos y educación continua y efectiva.



Sistema efectivo para Auditoría y Monitoreo continuo e identificación de riesgos de Cumplimiento: Uso de técnicas de evaluación de riesgos y auditorías para monitorear el cumplimiento y ayudar a reducir situaciones identificadas en las áreas.

## 7 Elementos de un Programa de Cumplimiento Efectivo



Mecanismos de Disciplina adecuadamente publicados: Políticas para establecer acciones disciplinarias y reforzar consistentemente los estándares



Líneas efectivas de comunicación: Entre el Oficial de Cumplimiento, empleados y la gerencia de la organización, así como también con los contratistas, subcontratistas y entidades relacionadas. Debe existir un sistema para responder a preguntas sobre regulación, reportes o situaciones con potencial de incumplimiento; Cada persona debe tener las herramientas para reportar sospechas de incumplimiento de manera confidencial y anónima.



Procedimientos para responder de manera rápida y oportuna a situaciones de Cumplimiento: Políticas de respuesta y acción correctiva inmediata para prevenir y evitar situaciones similares en el futuro.

## ¿Qué se considera no estar en cumplimiento?

- El incumplimiento es una conducta ilícita o contraria a la regulación y/o, políticas de una organización.
- El incumplimiento tiene un impacto en los servicios que brindamos a nuestros Proveedores y Beneficiarios del Plan Vital.



# Política de No Represalia

No habrá represalia contra usted por reportar de buena fe sospechas de incumplimiento.

MMM MH Vital ofrece métodos para reportar, que son:



Anónimos

Confidenciales

Sin represalia



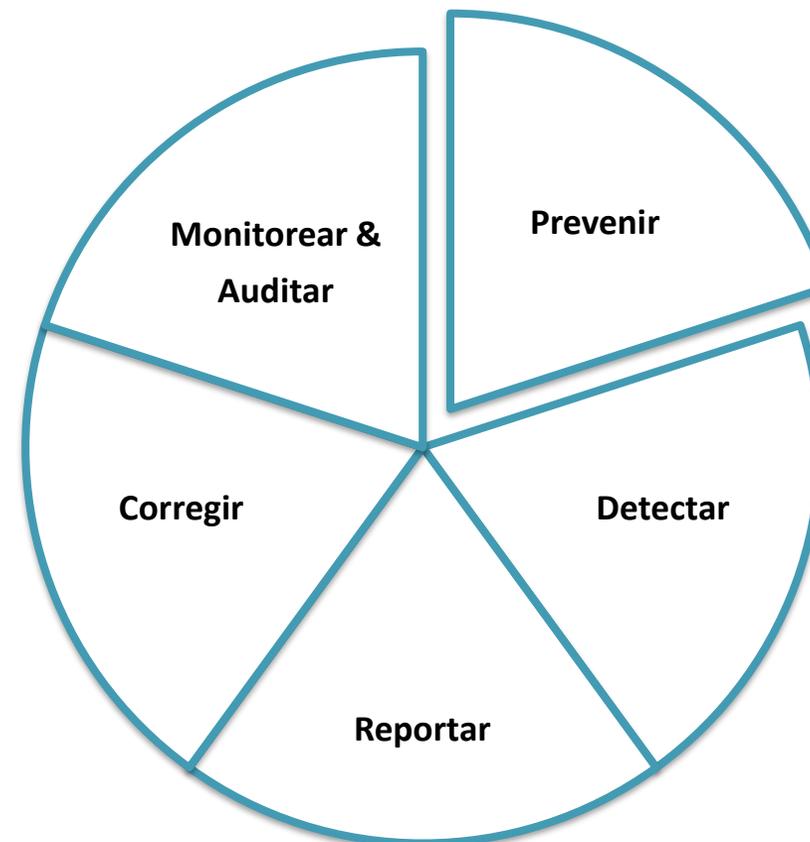
# ¿Cómo Reportar cualquier situación de no cumplimiento si eres beneficiario, proveedor o FDRs ?

- Por Internet a través de la página “Ethics Point” (por su nombre en inglés): [www.psg.ethicspoint.com](http://www.psg.ethicspoint.com)
- Línea telefónica de “Ethics Point”: 1-844-256-3953
- Refiere a través de correo electrónico: : [VitalSIU@mmmhc.com](mailto:VitalSIU@mmmhc.com)

Una vez que se detecte y corrija el incumplimiento, un proceso de evaluación es de suma importancia para asegurar que no vuelva a suceder el mismo incidente.

El monitoreo de actividades son revisiones regulares las cuales aseguran el cumplimiento y que las acciones correctivas sean llevadas a cabo efectivamente.

La auditoría es una revisión formal de cumplimiento con un conjunto de estándares particulares (ej. políticas y procedimientos, leyes y regulaciones) utilizadas como base de medida.



# Ética – ¡Haz lo correcto!

**Es importante mantener una cultura ética y legal.  
¡Se trata de hacer lo que es correcto!**

- Actuar de manera justa y honesta  
Cumplir con la carta y el espíritu de la ley
- Adherirse a los estándares de ética más altos en todo lo que haces
  - Reportar sospecha de violaciones

# Conflicto de Interés

- Se deben evitar aquellas situaciones en las que sus intereses personales puedan causar un conflicto o parecer un conflicto con los intereses de la empresa.
- Si se encuentra en una situación en la que cree que puede existir un conflicto de intereses, debe comunicarlo a su Supervisor y/o al Oficial de Cumplimiento

# Política de Conflicto de Interés

## Ejemplos:

- Regalos y Entretenimiento;
  - No puede aceptar regalos o favores inusuales de clientes, competencia o suplidores.
  - Regalos a clientes-valor nominal de \$15
- Supervisar a un familiar;
- Realizar negocios con un familiar empleado por un Proveedor o Suplidor;
- Relaciones financieras con entidades que actualmente tienen o que en un futuro puedan tener relación con la compañía;
- Pertener a la Junta de Directores de otra compañía;
- Realizar alguna función u ofrecer servicios para la competencia o suplidores, sin el consentimiento de la compañía.

# Programa de Integridad

Fraude, Desperdicio y Abuso (“FWA”, por sus siglas en inglés)

# ¿Por qué es importante recibir adiestramiento sobre fraude, despilfarro y abuso?

- Eres parte de la solución.
- Debe estar atento a cualquier actividad que pueda parecer sospecha.

# ¿Cómo puedo prevenir el FWA?

- Asegúrate de mantenerte al día con las leyes, regulaciones y políticas establecidas;
- Asegúrate de que los datos y la facturación sean precisos y que estén a tiempo;
- Verifica la información que se te provee;
- Mantente atento a cualquier actividad que pueda aparentar sospechosa. Como patrones, esquemas o tendencias que presentan los Proveedores, Beneficiarios, Entidades Delegadas y/o Suplidores.

# Definiciones

## Fraude

Engaño o declaración falsa, hecha intencionalmente, para obtener algún beneficio para el que no está autorizado.

## Desperdicio

Sobreutilización de los recursos, u otras prácticas que resultan en gastos innecesarios. Estos gastos pueden ser reducidos, aumentando la calidad del cuidado.

## Abuso

El abuso es una acción que puede resultar en costos médicos innecesarios. Es cuando una persona o entidad ha tergiversado los hechos para obtener el pago, pero no a sabiendas y / o intencionalmente.

# Diferencia entre Fraude, Desperdicio y Abuso

La diferencia principal es la intención y el conocimiento.

El fraude requiere que la persona tenga la intención de obtener un pago y el conocimiento de que la acción es incorrecta.

Desperdicio y Abuso pueden incluir obtener un pago indebido o inapropiado, pero no requiere la intención y el conocimiento.

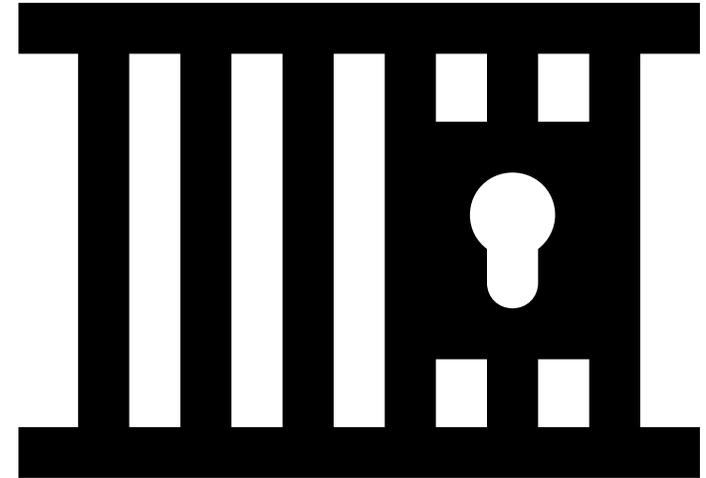
# Leyes y Regulaciones Aplicables

## “False Claims Act” (por su nombre en inglés):

- El Acta de Reclamaciones Falsas prohíbe que cualquier persona conscientemente presente al Gobierno Federal una reclamación falsa para pago y aprobación;
- Utilice información falsa como apoyo a un reclamo falso;
- Conspire para defraudar al Gobierno al someter reclamaciones falsas

## Penalidades:

- En virtud de la Ley Federal de Reclamaciones Falsas, quienes presenten a sabiendas o hagan que otra persona presente reclamaciones falsas para que el gobierno las pague, son responsables del triple de los daños del gobierno más sanciones civiles de \$21.563 por reclamación falsa.



# Leyes y Regulaciones Aplicables

---

## Estatuto: “Anti-Kickback” (por su nombre en inglés)

---

Prohíbe a profesionales de la salud, entidades y vendedores solicitar, recibir, ofrecer o pagar una remuneración (incluyendo cobro de comisiones, sobornos o rebates) a cambio de referidos por servicios pagados en parte o en su totalidad, por un programa de salud federal

---

La recompensa puede ser aceptable en algunas industrias, pero no para los programas federales de salud. Consecuencias: Sobreutilización, competencia desleal y otras. Por ejemplo, una empresa farmacéutica enviaba tarjetas de regalo a domicilio y renunciaba continuamente a los copagos de los beneficiarios para generar remisiones. Esta empresa tuvo que pagar 5 millones de dólares por daños y perjuicios.

# Leyes y Regulaciones Aplicables

---

## *Protecciones bajo la ley “Whistleblower”, (por su nombre en inglés)*

---

Cualquier persona que tenga pruebas de que se está cometiendo fraude contra el gobierno está autorizada a actuar como denunciante en virtud de la Ley de Reclamaciones Falsas

---

La ley federal prohíbe que un empleador discrimine contra un empleado porque el empleado denuncie una sospecha de fraude de buena fe o inicie o asista en una acción de reclamos falsos en nombre del gobierno.

# Leyes y Regulaciones Aplicables

## Penalidad del Estatuto Anti-kickback

- Las penas civiles pueden incluir multas de hasta \$ 73,588 por cada acto cometido y hasta tres (3) veces la cantidad del “kickback”.
- Las penas criminales pueden incluir multas, encarcelamiento, o ambos.

## Estatuto Stark o Ley de Auto-Referido

- Prohíbe; Que un Médico refiera pacientes para ciertos tipos de Servicios de Salud a una entidad de la cual el Médico (o un miembro de su familia inmediata) sea propietario o tenga algún interés financiero o un acuerdo de compensación (aplican excepciones).

# Leyes y Regulaciones Aplicables

## Daños y Penalidades de Ley Stark:

### Las penalidades por violar la ley “Stark” incluyen,

- Hasta \$23,863 de multa por cada servicio provisto.
- Recobro de las reclamaciones y,
- La posibilidad de Exclusión de los programas Federales de Salud

## Exclusión:

Ningún pago del programa de salud Federal puede ser realizado por algún artículo o servicio realizado, ordenado o prescrito por un individuo o entidad excluida por la Oficina del Inspector General.

- 42 U.S.C. § 1395 (e) (1)
- 42 C.F.R. § 1001.1901

# Leyes y Regulaciones Aplicables

## Contrato con ASES

Este contrato se estableció entre MMM MH Vital y ASES para definir los requisitos y responsabilidades adquiridos al formar parte de los planes de salud seleccionados por Medicaid para administrar los servicios de Salud de los beneficiarios que le sirven. Disponen de requisitos estatales y federales que cada Plan Médico debe cumplir.



## Lista de Individuos y Entidades Excluidas ("LEIE", por sus siglas en inglés)



Los médicos excluidos no pueden cobrar directamente para el tratamiento de pacientes de Medicare y Medicaid, ni pueden facturar sus servicios indirectamente a través de un empleador o un grupo médico.



Los proveedores también son responsables de no emplear o contratar a personas o entidades excluidas, ya sea en una clínica, o en cualquier escenario de atención médica en el que se reciban pagos de fondos federales. Esto requiere que se evalúe a todos los empleados y contratistas actuales y potenciales contra la lista de personas y entidades excluidas de la OIG, antes de establecer cualquier relación de empleo o de negocio y un proceso continuo de verificación mensual.

## Ejemplos de sospechas de “FWA”:

### “Upcoding”

Los Proveedores facturan un código de mayor nivel que representa un tratamiento, equipo o pruebas más costosas, para recibir un pago mayor.

### “Unbundling”

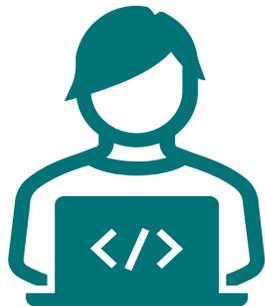
Ocurre cuando se factura por separado servicios que están cubiertos en un código global, por ejemplo, en pruebas de laboratorio o servicios dentro de un código de cirugía que cubren los procedimientos pre- y post-operatorio.

### Fraude de inscripción de Beneficiarios:

Los Beneficiarios pueden cometer fraude presentando información de elegibilidad fraudulenta de Medicaid (por ejemplo, subestimar los ingresos o los niveles de activos, o reclamar incorrectamente que es un residente del Estado).

### Falsificación de Credenciales de Proveedores de Servicios de Salud:

La falsificación de las Credenciales de los Proveedores puede poner a los pacientes en riesgo porque pueden estar recibiendo tratamiento de un Proveedor no cualificado, o sin licencia. Y resultar en pagos indebidos por servicios de un Proveedor que no cumple con las calificaciones profesionales requeridas.



## Ejemplos de sospechas de “FWA”:

### **Falsa Representación:**

- Un proveedor somete reclamaciones falsas haciendo representación falsa de la persona que realmente proveyó el servicio. En estos casos el que brindó el servicio está impedido de recibir el pago, por ejemplo, porque no tiene licencia, o porque está excluido por OIG.

### **Servicios No Medicamente necesarios:**

- Por ejemplo, facturar por terapias costosas, cirugías, servicios de salud en el hogar o equipos que el paciente no necesita.

### **Fraude y Abuso de los Beneficiarios:**

- Los beneficiarios pueden abusar del sistema mediante la utilización inapropiada de servicios, como la venta de medicamentos recetados o equipos médicos. Otras formas de fraude pueden incluir prestar la tarjeta del plan médico a una persona inelegible para que esa persona reciba servicios de Salud a los que no tiene derecho.

## Indicadores Claves de FWA:

---

Una orden médica, nota de progreso, solicitud de pre-autorización, resultado, u otro documento que parece estar alterado o falsificado;

---

Los servicios no están sustentados por el historial médico del beneficiario;

---

Un proveedor que factura servicios en mucha mayor cantidad que otros Proveedores de su misma especialidad y/o región;

---

Un proveedor que prescribe principalmente medicamentos controlados;

---

Un beneficiario con varias órdenes médicas para narcóticos, en dosis altas y de diferentes prescriptores;

---

Los expedientes médicos no tienen evidencia de los resultados de estudios facturados;

---

Un proveedor con un patrón de uso incorrecto de modificadores, entre otros.

## Medidas de Prevención de FWA

### Requisitos de Inscripción y Contrato del Proveedor.

- Se han establecidos procesos para validar que los proveedores contratados cumplan con los requisitos del estado, licenciatura, declaraciones de interés en propiedad y condenas criminales, entre otros.

### Extensión y Educación de los Beneficiarios y Proveedores:

- Debemos asegurarnos de que los Beneficiarios, los Proveedores y sus empleados sean educados de manera efectiva sobre fraude y abuso, y cómo y dónde denunciarlo.

### Mecanismos para denunciar sospechas de una posible actividad fraudulenta:

- Contamos con varios mecanismos para denunciar situaciones sospechosas de manera confidencial "hotline", "Ethics point" (por su nombre en inglés), correo electrónico y correo postal. En MMM MH Vital están prohibidas las represalias en contra de cualquier empleado que de buena fe, refiera un caso de posible FWA.

### Identificación Individuos Excluidos:

- MMM MH Vital ha implementado políticas y procedimientos para revisar las listas de individuos o entidades excluidas por OIG/SAM antes de contratar a un proveedor, empleado o contratista y luego, mensualmente.

## ¿Qué pueden hacer los Beneficiarios para evitar FWA?

- Proteger la información de la tarjeta de plan médico;
- Nunca ofrecer información del plan a personas desconocidas o personas que lo llamen por teléfono;
- Relacionarse con los términos de su cubierta;
- Guardar copia de los resultados de laboratorios y estudios para evitar duplicidad;
- Verificar la información antes de firmar cualquier solicitud de seguro o reclamación de servicios de Salud.
- Revisar el resumen de los servicios recibidos por el Beneficiario;
- No dar dinero a alguna persona que le ofrezca realizar o acelerar alguna gestión en ASES o la oficina de Medicaid.

## ¡Debes Recordar!

### Reportar FWA

No es necesario que usted defina si la situación es fraude, desperdicio o abuso. **Reporte cualquier inquietud al Departamento de Cumplimiento de la organización.**

El Departamento de Cumplimiento investigará y tomará la determinación que corresponda.

### Consecuencias de cometer FWA:

- Las siguientes son penalidades potenciales. Las consecuencias actuales dependerán de la violación.
- Penalidad monetaria civil;
- Convicción/penalidades criminales;
- Demanda civil;
- Encarcelación;
- Pérdida de licencias;
- Exclusión de Programas Federales de Salud.

## ¿Cómo Reportar cualquier situación de no cumplimiento si eres beneficiario, proveedor o FDRs ?

- Por Internet a través de la página “Ethics Point” (por su nombre en inglés): [www.psg.ethicspoint.com](http://www.psg.ethicspoint.com)
- Línea telefónica de “Ethics Point”: 1-844-256-3953
- Refiere a través de correo electrónico: : [VitalSIU@mmmhc.com](mailto:VitalSIU@mmmhc.com)

# Agencias Regulatorias atentas con el FWA



# Privacidad y Seguridad Ley HIPAA

Health Insurance Portability and Accountability Act, 1996”, (por su nombre y siglas en inglés).

# Ley HIPAA

- La Ley HIPAA es una ley federal que todos los planes de Salud y Proveedores del cuidado de la Salud tienen que cumplir para proteger la **Privacidad y Seguridad** de toda la información de Salud de cada individuo.
- HIPAA es supervisada por el Departamento de Salud y Servicios Humanos (HHS) y aplicada por la Oficina de Derechos Civiles (OCR).

## ¿Qué significan sus siglas?

**H**ealth - Salud

**I**nsurance - Seguro

**P**ortability and - Portabilidad

**A**ccountability - Responsabilidad

**A**ct of 1996 – Ley de 1996



H  
I  
P  
A  
A

---

Se creó para otorgar mayor acceso a los seguros de cuidado de Salud, proteger la Privacidad de la información de Salud, y promover la estandarización y eficiencia en la Industria del cuidado de Salud.

---

La sección de **Privacidad** consiste en **establecer salvaguardas** para prevenir el acceso no autorizado a información protegida de cuidado de Salud y establece los derechos del individuo con respecto a su información de salud protegida.

---

Como individuo que tiene acceso a información protegida de cuidado de salud, **usted es responsable de adherirse a los requerimientos establecidos por la Ley HIPAA.**

# HIPAA

- Firmada el 21 de agosto de 1996;
- Vigencia total a partir del 14 de abril del 2003;
- Aplica tanto para información de salud en formato en papel, electrónico y verbal;
- Tiene tres (3) componentes: Simplificación Administrativa, Seguridad y Privacidad;
- Buscan mejorar la eficiencia y la efectividad del sistema de atención médica uniformando, protegiendo la información médica;
- Promueve el desarrollo de un sistema de información mediante la adopción de estándares para la transmisión electrónica de cierta información médica;
  - Estándares uniformes para reclamos y otras transacciones financieras y administrativas,
  - Estándares de privacidad y seguridad para el manejo de información médica y personal identificado.

# Regla de Privacidad de HIPAA

## Propósito:

Protege la confidencialidad de la PHI en todos los formatos (papel, verbal y electrónico)

Otorga a los individuos el entendimiento y control de cómo su PHI es utilizada.

Se asegura que la PHI sea utilizada solamente para propósitos de salud.

Establece la información protegida de salud (PHI) solo puede divulgarse para tratamiento, pago u operaciones de cuidado de salud (TPO) o con el consentimiento (autorización válida) del individuo.

Establece los derechos de los individuos respecto su información de salud.

Establece el proceso de notificación por violaciones a HIPAA.



# Relación de la Ley HIPAA con las leyes de Puerto Rico

- Por disposición expresa del Congreso de los Estados Unidos, la Ley aplica a los estados y a los territorios; incluidos Puerto Rico. *“State means any of the several states, the District of Columbia, the Commonwealth of Puerto Rico, the Virgin Islands and Guam”*.
- Dispone que solamente cualquier legislación local presente o futura que sea más estricta y provea mayores derechos a los individuos en relación a su información de salud puede prevalecer sobre HIPAA.
- Ocupa el campo estatal; desplaza, sustituye y prevalece sobre cualquier ley local que sea contraria a HIPAA.



# HIPAA

## Entidades cubiertas por HIPAA:

- Planes de Salud;
- “Healthcare Clearinghouses” (son instituciones centrales que establecen transacciones);
- Proveedores de Cuidados de Salud (médicos, hospitales, farmacias, etc).

## Estándar de Mínimo Necesario:

- HIPAA requiere que la entidad cubierta use o divulgue la PHI de manera limitada, solo la información necesaria para cumplir con el propósito de la divulgación a la persona que lo solicite. (Estándar del Mínimo Necesario).

# Privacidad en la genómica (Genetic Information Nondiscrimination Act)

- La Ley de No Discriminación por Información Genética (GINA) -se convirtió en ley el 21 de mayo de 2008.
- GINA protege a las personas contra la discriminación basada en su información genética en la cobertura de salud y en el empleo.
- GINA se divide en dos secciones o títulos. El Título I de GINA prohíbe la discriminación basada en información genética en la cobertura de salud. El Título II de GINA prohíbe la discriminación basada en información genética en el empleo.
- En la regla propuesta emitida el 1 de octubre de 2009, el OCR propone modificar la Regla de privacidad para aclarar que la información genética es información de salud y prohibir el uso y la divulgación de información genética por parte de los planes de salud cubiertos para fines de suscripción, que incluyen determinaciones de elegibilidad, cálculos de primas, solicitudes de exclusiones de condiciones preexistentes y cualquier otra actividad relacionada con la creación, renovación o reemplazo de un contrato de seguro médico o beneficios médicos.
- El OCR publicó esta regla propuesta con un período de 60 días para comentarios públicos.

# “PHI” (por sus siglas en inglés), es Información Protegida de Salud:



PHI debe ser vista sólo por personas autorizadas a ver la información.



PHI debe ser escuchada sólo por personas autorizadas a escuchar la información divulgada.



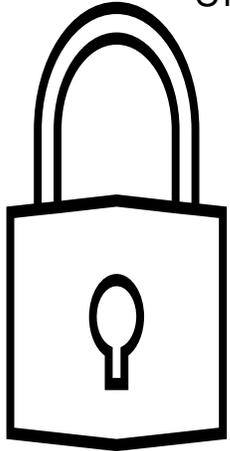
PHI debe ser transmitida o compartida sólo con las personas autorizadas a recibir o compartir la información.



“PII” (por sus siglas en inglés)– Información Personal Identificable: La información personal identificable también debe ser protegida y limitada sólo a personas autorizadas.

## “PHI” (por sus siglas en inglés), es Información Protegida de Salud:

*PHI* es **información individual de salud identificable** coleccionada de un individuo, creada o recibida por una entidad cubierta **y**



- Que está relacionada a la salud o condición física o mental de la persona pasada, presente o futura; o a la provisión de cuidado de salud de un individuo; o al pago pasado, presente o futuro por servicios médicos del individuo **y**
- Que **identifica a un individuo** o puede identificar a un individuo.
- Que puede ser transmitida o mantenida electrónicamente, así como por cualquier otro medio.

# ¿Qué protege la Ley HIPAA?

Ejemplos de Información de Salud Protegida o “PHI/PII”



# Diferencia entre uso y divulgación

- **Uso**

El compartir, aplicación, examen o análisis de PHI dentro de la entidad cubierta.

- **Divulgación**

La liberación, transferencia, suministro de acceso a o divulgación de cualquier otra forma PHI fuera de la entidad cubierta.

## Autorización para la divulgación de “PHI”:



**No** se necesita la autorización del Individuo para usar y/o divulgar su “PHI” para **Tratamiento, Pago y/u Operaciones de Salud.**

En ciertas instancias **la ley permite** divulgar “PHI” **sin** autorización del Individuo, ej. Para propósitos de auditoría por entidades estatales o federales, para evitar amenaza grave para la salud pública, a familiares y amigos, etc.

Cualquier otro uso requiere autorización

MMM MH Vital tiene un formulario de autorización de “PHI” disponible para que los Beneficiarios añadan a las personas de su preferencia a recibir su “PHI”.

## **Divulgación de PHI a Parientes y/o Guardianes de Menores Emancipados y No Emancipados:**

- Los padres o tutores legales de los menores no emancipados tienen derecho a que se les divulgue la información protegida de Salud (“PHI”) de dichos menores.
- El padre o tutor legal designado por una corte será el representante personal del menor, sin necesidad de requerirles una autorización de “PHI” para divulgar su información.
- Los representantes legales de los menores de edad, que no sean sus padres (ej. tutores legales) deben presentar evidencia de su autoridad al plan, antes de cualquier divulgación de información.

## **Divulgación de PHI a Parientes y/o Guardianes de Menores Emancipados y No Emancipados:**

Si el menor está emancipado: (por motivo de matrimonio, porque los padres o un tribunal lo emancipó) entonces, el menor podrá escoger a quien le divulga su “PHI”.

Cuando la ley lo permite, los padres o tutores legales no podrán obtener “PHI” del menor no emancipado cuando:

- el servicio médico no requiere el consentimiento de los padres o tutores y;
- el menor y una corte u otra persona autorizada por ley consienten a dicho servicio médico.

También el padre o tutor legal podrá consentir a un acuerdo de confidencialidad entre un Proveedor de Salud y el menor sobre un servicio médico.

# Notificación de Prácticas de Privacidad (NPP)

- Es un documento que explica los derechos de las personas a su PHI, los deberes legales y prácticas de privacidad de la entidad cubierta (ej. MMM MH) con respecto a la información de salud de las personas y las formas en que la entidad cubierta puede usar o divulgar dicha información.
- Un plan de salud debe distribuir su aviso de prácticas de privacidad a cada nuevo afiliado al momento de la inscripción y enviar un recordatorio a cada afiliado al menos uno cada tres años de que el aviso está disponible a solicitud.



## AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD DE HIPAA

La fecha original de efectividad de este aviso fue el 14 de abril de 2003. Este aviso fue revisado por última vez en mayo de 2023.

**ESTE AVISO DESCRIBE CÓMO PUEDE UTILIZARSE Y DIVULGARSE SU INFORMACIÓN MÉDICA Y CÓMO PUEDE ACCEDER A ELLA. POR FAVOR, LÉALO DETENIDAMENTE.**

La información sobre su salud y sus beneficios de salud es privada. La ley establece que tenemos que mantener este tipo de información, llamada PHI (por sus siglas en inglés), segura para nuestros afiliados. Esto significa que, si usted es o ha sido afiliado, su información está segura.

Obtenemos información sobre usted de las agencias estatales de *Medicaid* y del Programa de Seguro Médico Infantil (CHIP, por sus siglas en inglés) después de que se hace elegible y se afilia a nuestro plan de salud. También la obtenemos de sus médicos, clínicas, laboratorios y hospitales para poder autorizar y pagar su cuidado de salud.

La ley federal dice que tenemos que informarle de lo que tenemos que hacer para proteger PHI que se nos provee por teléfono, impresa en papel o guardada en una computadora. También tenemos que decirle cómo la mantenemos segura. Para proteger PHI que está:

- Impresa en papel, nosotros:
  - Cerramos con llave / seguro nuestras oficinas y archivos
  - Destruimos el papel con información de salud para que otros no puedan obtenerla
- Guardada en una computadora, nosotros:
  - Utilizamos contraseñas para que solo puedan accederla las personas indicadas
  - Utilizamos programas especiales para monitorear nuestros sistemas
- Utilizada o compartida por personas que trabajan para nosotros, médicos o el estado, nosotros:
  - Establecemos reglas para mantener segura la información (llamadas políticas y procedimientos)
  - Enseñamos a las personas que trabajan para nosotros a seguir las reglas

### ¿Cuándo está bien el que podamos utilizar y compartir su PHI?

Podemos compartir su PHI con su familia o con una persona de su elección que le ayude con o pague su cuidado médico si usted nos da su consentimiento. A veces, podemos utilizarla y compartirla **sin** su consentimiento:



PO Box 72010  
San Juan PR 00936-7710  
MUH-PD-MMMM-15



## Definición de “Breach” 45 CFR 164.402

Una violación (“breach”) es una adquisición, acceso, uso o divulgación no autorizada de PHI no protegida que compromete la privacidad y la seguridad de la PHI. El uso y la divulgación de PHI no autorizada por HIPAA se presume que es una violación a menos que la entidad cubierta o socio de negocio demuestre que hay una baja probabilidad de que la PHI ha sido comprometida.

Toda violación a HIPAA debe reportarse a los individuos afectados en un termino de 60 días contados a partir del descubrimiento de la violación o desde la fecha en que la violación debió ser descubierta.

En adición, la compañía debe notificar al HHS, y a la prensa de dicha violación. La fecha de esa notificación dependerá de la cantidad de individuos que se vieron afectados por la violación.

500 o más individuos afectados: la notificación a la prensa y al HHS debe ser dentro de los 60 días de haberse descubierto la violación o debió ser descubierta.

499 o menos individuos afectados: las violaciones se deben notificar al HHS el próximo año calendario.

# Regla de Seguridad de HIPAA

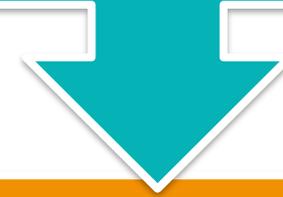
## Propósito:

- La Regla de Seguridad requiere que las entidades cubiertas protejan la PHI en forma electrónica (ePHI).
- Establece controles para salvaguardar la confidencialidad, integridad y disponibilidad de la ePHI.
  - *Confidencialidad*: asegurarse de que la ePHI no esté disponible o divulgada a personas no autorizadas.
  - *Integridad*: asegurarse de que la entrada de ePHI de hoy, sea la ePHI que se recupere en el futuro (ePHI) no se haya alterado o destruido de manera no autorizada)
  - *Disponibilidad*: asegurarse que la ePHI esté disponible para aquellos que la necesiten, cuando la necesiten.
- Tiene la intención de proteger la ePHI contra cualquier amenaza o peligro razonablemente anticipado, y al uso o divulgación indebida.

# Incidentes de Seguridad



Los incidentes de seguridad deben reportarse de inmediato



Ejemplos de incidentes de seguridad:

Infecciones de "malware" (virus/troyanos)	Descubrimiento de una cuenta de usuario no autorizada	Robo / pérdida de equipo	Uso inadecuado de sistemas	Abuso de privilegios en un entorno de red.
---	---	--------------------------	----------------------------	--

## Considera que...

El almacenamiento, la transmisión o el manejo inadecuado de “PHI” puede ocasionar hurto o pérdida de la información y acceso a individuos no autorizados denominado como una ruptura o (“breach” por su nombre en inglés).

Si advienes en conocimiento sobre un acceso no autorizado de “PHI”, debes comunicarte **inmediatamente** la Oficina de Cumplimiento de MMM.

Para cumplir con la ley, todo acceso no autorizado a “PHI” debe ser notificado a las personas afectadas, ASES y a la Oficina de Derechos Civiles dentro de los términos requeridos.

Todo Beneficiario tiene derecho a presentar quejas sobre incumplimiento con Ley HIPAA si siente que su información no ha sido manejada apropiadamente.

## Considera que...

- La querrela puede ser radicada en MMM MH Vital, en la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Servicios Humanos y de Salud Federal, ASES, o la Oficina del Procurador del Paciente.
- Existen sanciones por violaciones a los estándares establecidos por HIPAA que incluyen pero no se limitan a;
  - Multas
  - Encarcelamiento
- Este adiestramiento no solo aplica a los empleados de MMM MH Vital, si no que a sus Proveedores contratados, Contratistas y Subcontratistas, incluyendo los empleados de estos.

## Recuerda...

- Sigue el procedimiento para la eliminación adecuada de la información sensible utilizando las cajas cerradas de reciclaje.
- Mantén laptops, teléfonos inteligentes, USB y cualquier otra memoria o documento que contenga PHI en un lugar seguro.
- Asegúrese de no dejar documentos que contengan PHI en impresoras o máquinas de fax.
- Nunca dejes PHI a simple vista en tu escritorio.
- Use contraseñas seguras. Mantén tu ID y contraseña confidencial y segura. Nunca compartas tu contraseña o nombre de usuario (ID de Usuario).
- No accedas PHI que no necesitas acceder.
- Nunca compartas tu identificación corporativa con nadie.

## Recuerda...

- Informe inmediatamente a su supervisor si pierde o le roban su identificación corporativa.
- Los visitantes deben tener una identificación de visitantes antes de ingresar a las instalaciones de la empresa y deben ser escoltados por un supervisor o gerente en todo momento.
- Si observa una persona desconocida o sospechosa en su área de trabajo, notifíquelo a su supervisor de inmediato.
- No dejes documentación con PHI, la computadora portátil, teléfono celular, USB o cualquier dispositivo de almacenamiento portátil en el automóvil.
- No abras correos electrónicos con archivos adjuntos de contactos no identificados.
- Antes de dejar su computadora desatendida, presione *Ctrl + Alt + Supr* y bloquéela.
- No instales aplicaciones a menos que lo apruebe el Departamento de IT de MMM.
- No navegues por internet para uso personal.



# ¿Cómo Reportar cualquier situación de no cumplimiento y/o de FWA si eres beneficiario, proveedor o FDRs ?

- Por Internet a través de la página “Ethics Point” (por su nombre en inglés): [www.psg.ethicspoint.com](http://www.psg.ethicspoint.com)
- Línea telefónica de “Ethics Point”: 1-844-256-3953
- Refiere a través de correo electrónico: : [VitalSIU@mmmhc.com](mailto:VitalSIU@mmmhc.com)



¡Gracias!

